FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 2e Série **N° 95**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Dystocie vaginale par Malformation congénitale

D'APRÈS LES

Observations faites à la Maternité de Nancy

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Juillet 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COLLON (Charles-Marcel)

Né le 21 Février 1889, à Escles (Vosges)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HERRGOTT	professeur. .	*Président.*
	SIMON	professeur. .	*Juges.*
	RICHON	agrégé	
	FRUHINSHOLZ	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 2e Série N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Dystocie vaginale par Malformation congénitale

D'APRÈS LES

Observations faites à la Maternité de Nancy

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Juillet 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COLLON (Charles-Marcel)

Né le 21 Février 1889, à Escles (Vosges)

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HERRGOTT	professeur. .	*Président.*
	SIMON	professeur. .	*Juges.*
	RICHON	agrégé	
	FRUHINSHOLZ	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1919

UNIVERSITE DE NANCY. FACULTE DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ⊕.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ⊕.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ⊕.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⊕; NICOLAS, ✻, I ⊕; PRENANT, ✻, I ⊕; F. GROSS, O ✻, I ⊕; CHRÉTIEN, I ⊕.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	WEISS, O ✻, I ⊕.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⊕.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⊕.
Hygiène	MACÉ, I ⊕.
Physiologie	E. MEYER, ✻, I ⊕.
Clinique médicale	SIMON, I ⊕.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⊕.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⊕.
Medecine légale	P. PARISOT, ✻, I ⊕.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, ✻, I ⊕.
Histologie	BOUIN, ✻, I ⊕.
Anatomie descriptive	ANCEL, I ⊕.
Anatomie pathologique	HOCHE, ✻, I ⊕.
Clinique médicale	ETIENNE, I ⊕.
Clinique chirurgicale	VAUTRIN, ✻, I ⊕.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, ✻, I ⊕
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FRŒLICH, ✻, I ⊕.
Physique médicale	N.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	JACQUES, ✻, I ⊕, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	ANDRÉ, ✻, I ⊕, id.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⊕, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	MICHEL, I ⊕, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⊕.
Clinique des maladies des vieillards	RICHON, ✻, I ⊕, agrégé.
Accouchements	FRUHINSHOLZ, ✻, I ⊕, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	PERRIN, A ⊕, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, ✻, A ⊕, agrégé.
Pathologie externe	G. GROSS, ✻, I ⊕, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale	N.
Clinique médicale élémentaire (1)	N.
Clinique d'électrothérapie	N.

Agrégés en exercice

MM.
LAMBERT, I ⊕.
RICHON, ✻, I ⊕.
G. GROSS, ✻, I ⊕.
FRUHINSHOLZ, ✻, I ⊕.

MM. COLLIN, A ⊕.
SENCERT, ✻, I ⊕.
ROBERT, I ⊕.
BUSQUET, A ⊕.
LUCIEN, ✻, A ⊕.

MM. BINET, A ⊕.
PERRIN, A ⊕.
THIRY, ✻, I ⊕.
FAIRISE.
J. PARISOT, ✻, A ⊕.

Agrégés libres

MM. REMY, A ⊕, FÉVRIER, G O ✻, I ⊕, JACQUES, ✻, I ⊕, ANDRÉ, ✻, I ⊕, MICHEL, I ⊕.

M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ⊕, Secrétaire honoraire.
M. H. COIFFARD, I ⊕, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ET D'ACCOUCHEMENT

MEMBRE ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES JUGES

INTRODUCTION

Pendant notre stage à la Maternité de Nancy au mois de mai dernier, nous avons eu l'occasion d'observer chez une femme enceinte, près du terme, un cas de malformation vaginale, d'origine congénitale.

A première vue, on aurait pu supposer qu'il y avait là de quoi entraver l'expulsion fœtale, et on pensait qu'une intervention deviendrait nécessaire au moment du travail. Mais il n'en fut rien, la cloison modifia sa consistance, et se déchira spontanément sous l'influence de la pression exercée par le pôle fœtal qui se présentait, puis l'accouchement se termina normalement.

Nous retrouverons cette observation in-extenso à la fin de notre travail.

A l'instigation de M. le Professeur agrégé Fruhinsholz, nous nous sommes décidé à étudier ces malformations du vagin, d'origine congénitale, au point de vue de l'accouchement et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

De nombreux auteurs ont publié dans ces dernières années des travaux très documentés à ce sujet. Dans

tous les traités d'Obstétrique et de Gynécologie on en trouve des descriptions plus ou moins complètes. Mais il semble que dans les ouvrages récents, on ait insisté davantage sur la description de ces différentes malformations qui nous sont suffisamment expliquées maintenant par nos connaissances en embryologie.

Notre but ici est modeste, et nous n'avons pas la prétention d'enrichir la science d'innovations. Après avoir retracé les grandes lignes de leur histoire, et donné d'elles une étude anatomo-pathologique aussi complète que possible, nous verrons quel peut être leur rôle au point de vue dystocique. Nous n'aurons en vue dans ce travail que les malformations les plus fréquemment observées et surtout celles qui se sont présentées à la Maternité de Nancy dans ces vingt dernières années ; nous ne reproduirons pas les nombreuses observations publiées à ce sujet dans la littérature obstétricale.

M. le Professeur Herrgott ayant bien voulu nous autoriser à compulser les archives de son service, nous avons recueilli 8 observations seulement pour la période 1899-1919. De ces différents cas, nous essaierons de déduire quelle est la conduite que l'accoucheur devra adopter, au cours de la grossesse et du travail, lorsqu'il se trouvera en présence d'une malformation vaginale d'origine congénitale.

Arrivé aux termes de nos études médicales, nous sommes heureux que l'usage nous permette de remercier tous ceux qui durant notre séjour à la Faculté, furent nos Maîtres dévoués. Nous avons été très sensible à l'honneur que nous a fait M. le Professeur

Herrgott d'accepter la présidence de notre thèse, et nous l'en remercions profondément.

M. le Professeur agrégé Fruhinsholz a droit particulièrement à toute notre gratitude, car c'est sous ses auspices que nous avons entrepris ce travail. Ce maître a bien voulu mettre à notre disposition les ouvrages de sa bibliothèque qui étaient nécessaires à nos recherches. Il n'a ménagé ni son temps, ni ses conseils pour nous enseigner les notions d'obstétrique indispensables et utiles à tout médecin praticien. Enfin, il nous a appris surtout à raisonner en présence des difficultés qui peuvent surgir au cours d'un accouchement : il nous a montré que dans ces cas difficiles il était préférable de recourir à notre bon sens qui nous suggèrera une solution appropriée, plutôt que de faire intervenir notre mémoire qui est plus ou moins fidèle et qui peut si facilement nous induire en erreur.

Nous garderons toujours un profond sentiment de reconnaissance et d'admiration à nos excellents Maîtres de la Faculté de médecine de Nancy et particulièrement à Messieurs les Professeurs Simon, Haushalter, Vautrin, Frœlich, L. Spillmann, Richon, G. Michel dont nous avons suivi avec intérêt les savantes leçons cliniques et le précieux enseignement.

HISTORIQUE

Dès la plus haute antiquité, on a connu les accidents occasionnés par l'imperforation des organes génitaux de la femme. Mais on regardait ces vices de conformation avec curiosité et surprise. Surtout à l'époque où régnait le surnaturel, tous ces faits qui paraissaient déjà mystérieux le paraissaient encore davantage lorsqu'ils avaient été transmis par les traditions. Ils étaient observés d'une façon peu rigoureuse, et l'imagination se donnait libre carrière. La sorcellerie y tenait nécessairement une grande place. Les unions plus ou moins monstrueuses, l'état d'esprit de la femme enceinte, étaient considérés comme les causes de ces anomalies, et comme il s'agissait des organes de la génération, ils prenaient une importance considérable.

Hippocrate avait déjà remarqué l'existence de quelques-unes de ces malformations et avait constaté la présence de « membranes empêchant la conception ». Voici ce qu'il dit à ce sujet (1) : « Si la femme ne reçoit

(1) Traduction E. Littré. Tome VIII. P. 59.

pas la semence, bien que les menstrues aillent naturellement, une membrane est en avant ; cet empêchement provient aussi d'autres causes ; le doigt touchant l'obstacle, le fera reconnaître. Faites un pessaire avec résine et fleur de cuivre, délayées dans du miel, et étendues sur un linge, qu'on introduira aussi avant que possible, après avoir mis un fil à un des bouts ; en le retirant, la femme se lavera avec du vin tiède où du myrte aura cuit. Il vaut encore mieux enlever la membrane ».

Dans un autre chapitre où il parle du « rétrécissement des parties génitales » (1) il conseille dans ce cas « d'appliquer un pessaire fait de graines d'anis et d'ache triturée ».

Aristote dans son livre *De generatione animalium*, ne donne pas plus de détails qu'Hippocrate.

Celse dans son traité *De re médica* est le premier qui divise les atrésies vaginales en congénitales et acquises.

Vers la même époque, Pline l'Ancien cite le cas de Cornélie, mère des Gracques, qui serait venue au monde avec les parties sexuelles imperforées. C'était le présage d'un malheur qui se réalisa plus tard par le massacre de Tibérius et de Caïus Gracchus.

Vers le v^e^ ou vi^e^ siècle après Jésus-Christ, Ætius d'Amide donne une étude plus complète des malformations vaginales et décrit trois espèces d'atrésies. Il indique même un procédé opératoire, et conseille après l'opération de maintenir écartées les lèvres de la plaie à l'aide d'un cylindre d'étain introduit dans le vagin.

(1) Locution citée. P. 325

Plus loin (1) il rappelle des cas : où « la fente extérieure de la partie honteuse est ouverte et où une carnosité engendrée au dedans de la sinuosité d'icelle cause son obstruction, de sorte qu'elle ne laisse qu'un pertuis étroit et petit ».

Avicenne, au début du XI[e] siècle, donne une nouvelle classification des atrésies vaginales suivant qu'elles mettent obstacle à l'écoulement des règles ou à la sortie de l'enfant. Dans le cas de dystocie il conseille même, comme traitement, la dilatation jusqu'à rupture des lèvres de l'orifice avec le doigt préalablement enveloppé d'un linge.

Ambroise Paré décrit une membrane située au milieu du conduit de la pudeur, dure et calleuse avec un petit trou au milieu. La malade dont il parle, avait consulté pour des difficultés dans les rapports, mais était déjà enceinte quand on incisa le diaphragme. Elle accoucha six mois après d'un bel enfant.

Au XVI[e] siècle, Dalechamps (2) donne la description suivante, du siège et des symptômes des malformations vaginales : « Cet empeschement est quelquefois au profond, quelquefois aux ailes ; quelquefois en l'espace qui est entremi icelles, et cela est ou une carnosité ou une membrane. Cette maladie donne grand empeschement à recevoir la compagnie de l'homme, à concevoir et enfanter et à rendre la purgation menstruale, si la membrane ou carnosité bouche du tout le passage ; car en aucunes femmes, l'une et l'autre est pertuisée au

(1) Dalechamps. — *Chirurgie française*. Lyon, 1570. P. 430 et suivantes.

(2) Dalechamps. — Locution citée.

milieu ». Le pronostic de l'accouchement semble donc être encore, pour cet auteur, une question secondaire.

C'est seulement vers le XVII^e^ siècle que l'on étudie tous ces faits un peu sérieusement, et Ruisch (1) donne la première observation d'accouchement empêché par une cloison membraneuse, incomplète, située derrière l'hymen non déchiré. Il dut même inciser deux membranes successives, et l'accouchement se termina ensuite rapidement.

Thomas Bartholin, en 1651, parle d'une femme qui présentait deux vagins s'ouvrant au dehors par deux orifices, l'un étroit, l'autre large, et qui venait d'accoucher par ce dernier.

Ch. Purcell, de Dublin, a trouvé sur une femme morte en couches au neuvième mois de sa grossesse, deux utérus et deux vagins, la cavité vaginale gauche se terminant par un cul-de-sac.

Mauriceau dans son *Traité des Maladies des femmes grosses* au chapitre traitant du vagin n'admet pas l'existence de ce qu'il appelle « un hymen en son milieu ». Il semble donc bien avoir méconnu ces malformations vaginales, qui cependant avaient déjà été décrites antérieurement par d'autres auteurs.

A l'observation de Ruisch, étaient venues s'en ajouter d'autres de Becker, Benévoli, Morgagni, Schultze et Willis.

Mais au XIX^e^ siècle, Madame Lachapelle, rapporte deux observations d'accouchements spontanés, avec cloison transversale du vagin et dans sa *Pratique des*

---

(1) Ruisch. — *Observations anatomiques.* T. I. Obs. XVII.

Accouchements, consacre un chapitre à ce sujet qu'elle intitule « Obstacles dus au vagin et aux parties externes » et voici ce qu'elle dit (1) :

« On peut dire du vagin une partie de ce qui vient d'être dit de l'orifice de l'utérus. En effet, des tumeurs fibreuses, hydatiques, polypeuses, squirrheuses, et même syphilitiques, développées soit dans les parois même du canal, soit au voisinage, peuvent en obstruer la cavité ; de même des brides ou cicatrices peuvent le fermer en partie. J'ai vu plusieurs fois des cloisons imparfaites, des sortes de valvules fort larges, situées à diverses hauteurs, et vers différentes régions. On sait qu'il est difficile de rien établir de général sur des faits aussi divers. L'étendue, la consistance de ces obstacles font varier les indications ; il en est qu'une simple incision détruit, comme nous l'avons vu pour l'hymen et pour ces brides qui rétrécissent la vulve ; mais souvent la nature seule ou aidée par l'art (version forceps) déchire ou dilate assez les brides ou les valvules, ou comprime assez les tumeurs, pour qu'on puisse se dispenser de couper les premières, d'ouvrir ou d'emporter les deuxièmes. Ce n'est que dans des cas fort rares, qu'on se voit forcé de recourir à la craniotomie ou à l'opération césarienne ».

La question est donc très bien étudiée à tous les points de vue.

Jusqu'à cette époque, c'est par l'anatomie comparée qu'on cherche à rendre compte de tous ces faits observés dans l'espèce humaine, les malformations trouvées à l'autopsie dans les organes génitaux de certaines

(1) Tome III. P. 309 à 312.

femmes se rencontraient d'une façon constante chez certains animaux, et cette explication semblait suffisante. Ce n'est que plus tard avec Müller, Geoffroy-Saint-Hilaire, Cruveilhier, que l'embryogénie ayant fait des progrès, et la tératogénie s'étant constituée en tant que science, qu'on laisse de côté l'anatomie comparée et qu'on s'appuie sur l'embryogénie pour expliquer ces différentes malformations.

Dans la seconde moitié du XIX^e^ siècle, ces anomalies furent très bien étudiées par différents auteurs parmi lesquels nous citerons : Puech (1), Le Fort (2), Delaunay (3).

Dans les trente dernières années, les accoucheurs étudièrent particulièrement le rôle des brides et des cloisons vaginales pendant l'accouchement. Ce sujet fit l'objet de quelques thèses inaugurales parmi lesquelles nous mentionnerons celles de Picot, Magendie-Husté, Bernard et Le Cointe (4).

Actuellement les ouvrages d'obstétrique consacrent un paragraphe à l'étude de ces différentes malformations. Les gynécologues se sont aussi intéressés à la question et ont donné de très bonnes descriptions des diverses malformations vaginales.

Enfin, grâce aux découvertes récentes de l'embryologie, il est permis de leur attribuer une explication rationnelle.

(1) PUECH. — De l'atrésie des voies génitales de la femme. 1864.

(2) LE FORT. — Des vices de conformation de l'utérus et du vagin. Thèse d'agrégation. Paris, 1863.

(3) DELAUNAY. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin, complet et incomplet, d'origine congénitale. Th. Paris, 1877.

(4) *Thèse de Paris :* Picot, 1891. Magendie-Husté, 1895. Bernard. 1898. Le Cointe, 1908.

DÉFINITION

Les malformations vaginales, d'origine congénitale, ayant une grande variabilité morphologique, il faut, pour en donner une description à peu près exacte, les diviser en plusieurs catégories.

Le Cointe, dans sa thèse, ne considère que deux grandes classes : les brides et les cloisonnements. Mais nous verrons plus tard, qu'il est utile d'établir une classification plus précise. Nous donnerons, avec Pinard, le nom de diaphragme transversal à la membrane circulaire qui, dans certains cas, divise la cavité vaginale en deux chambres, l'une antérieure, l'autre postérieure.

De plus, avec F. Jayle, nous diviserons les brides vaginales suivant leur siège, en brides de l'entrée, et brides du fond du vagin. Donc, dans le chapitre spécial où nous étudierons la constitution anatomique de ces diverses malformations, nous considérerons :

1) Les cloisons longitudinales.

2) Les diaphragmes transversaux.

3) Les brides vaginales avec *a)* brides de l'entrée, *b)* brides du fond du vagin.

Nous verrons que toutes ces malformations si variables dans leurs formes, leurs dimensions, leurs points d'insertion, ont toutes un point commun qui est leur origine embryogénique. Ce sont, dans la plupart des cas, des membranes souples, extensibles et quelquefois très vascularisées, qui sont presque toujours ignorées des femmes qui en sont porteurs.

Il ne faut pas oublier, qu'à la suite des traumatismes si fréquents pendant les accouchements, il peut se produire des lésions des parois vaginales ou du col utérin, qui seront le point de départ des formations cicatricielles, qui pourront ressembler en plus d'un point à quelques-unes des malformations congénitales qui font l'objet de ce travail. Mais ces tissus cicatriciels sont, en général, rigides et inextensibles et constituent souvent un véritable rétrécissement du canal vaginal, plus ou moins étendu, parfois infranchissable. La syphilis peut aussi, dans certains cas, produire des lésions analogues.

Ici, nous n'aurons en vue que les malformations vaginales d'origine congénitale, et pour éviter des confusions toujours possibles, nous n'étudierons que celles que l'on rencontre uniquement chez les primipares, car nous estimons que dans tout accouchement l'obstacle ne se dilate pas suffisamment et qu'il est déchiré par le passage de l'enfant.

Enfin, après avoir étudié l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie de ces diverses malformations, nous verrons quel est leur rôle au point de vue dystocique et quelles sont les principales interventions que le médecin peut être amené à pratiquer au cours de l'accouchement.

Embryologie des organes génitaux

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, que jusque dans la première moitié du XIX^e^ siècle on ne connaissait rien de l'embryologie des organes génitaux et qu'on se contentait d'expliquer leurs malformations par l'étude de l'anatomie comparée. Mais à partir de 1830, les auteurs ont émis successivement différentes hypothèses, au sujet du développement de l'utérus et du vagin.

En 1830, Jean Müller (1) le premier, réunit dans une étude d'ensemble les anomalies utéro-vaginales et leur assigne une explication embryologique possible. Le premier il donna le nom de sinus uro-génital au canal commun dans lequel débouchent les organes génitaux et l'ouraque. D'après lui, chez les embryons femelles, la paroi dorsale de ce sinus pousse un diverticule qui s'élève pour former la portion impaire de l'utérus. La portion inférieure du sinus deviendrait le vagin et les canaux de Müller ne formeraient que les cornes utérines.

(1) J. Müller. — *Bildungsgeschichte der Genitalien.* Düsseldorf, 1830.

Ratke, en 1832 (1), d'après ses recherches sur les embryons femelles de porc et de ruminants, modifie cette théorie en disant que, la paroi postérieure du sinus uro-génital pousse au voisinage de la vessie « une bosselure » prenant la forme d'une bouteille dont le col se continue après les trompes (conduits de Müller). Le corps de la bosselure devient le vagin et son col, le col de la matrice.

Ces théories qui admettent que l'utérus et le vagin sont des évaginations du sinus uro-génital, peuvent expliquer à la rigueur les différentes formes d'utérus suivant que le sinus uro-génital et les canaux de Müller, prennent une part plus ou moins prépondérante à sa formation. Mais jusqu'alors, nous ne voyons pas comment il est possible d'expliquer la coexistence d'une matrice et d'un vagin doubles.

En 1852, Leukart (2), reproduisant une théorie de Meckel, qu'il partage, émet l'hypothèse que le vagin et l'utérus résultent de la fusion des canaux de Müller et que le sinus uro-génital ne s'accroît plus à partir du stade embryonnaire ; il s'élargit et reste court, de sorte qu'il paraît être une continuation directe du vagin. Les canaux de Müller se fusionneraient sur la ligne médiane, formant ainsi un organe impair le « *canalis genitalis* » qui s'élargit et se divise ensuite en utérus et en vagin.

Enfin, Thiersch (3) établit que les canaux de Müller

(1) Ratke. — *Unterzuchungen über die Geschlechts-Werkzeuge der Säugethiere Abhandlungen*, 1832.

(2) Leukart. — *Illustrirte médicinische Zeitung*, t. I. p. 32 à 93. München, 1852.

(3) Thiersch. — *Ibid.* 1852, p. 11.

se soudent de bas en haut et ne forment qu'un seul canal qui se différenciera en utérus et en vagin.

A partir de cette époque, la notion de duplicité du canal vaginal est donc parfaitement établie. La portion supérieure des deux canaux de Müller, accolés, donnerait naissance à l'utérus et aux trompes, tandis que le vagin se développerait aux dépens de la portion inférieure.

En France, Tourneux et Legay (1884), en Allemagne, Kölliker, Fürst, Langenbacher se rattachent tous à cette théorie qui fait provenir l'utérus et le vagin des extrémités inférieures des canaux de Müller, tandis que le sinus uro-génital s'atrophie. Le canal utéro-vaginal résultant de cette fusion, d'abord situé très haut, aurait ensuite son extrémité inférieure qui descendrait dans le sinus uro-génital pour venir faire saillie entre les petites lèvres.

Dans ces dernières années, Pozzi, reprenant ces différentes théories embryogéniques, semble avoir démontré d'une façon définitive, que le vagin ne provenait pas en totalité des canaux de Müller fusionnés. Il fait jouer un rôle important au canal vestibulaire de Legay, qui serait formé par une dépression, en cul-de-sac, de la paroi antérieure du sinus uro-génital, et au fond duquel viendraient déboucher les canaux de Müller.

Cette région vestibulaire, presque effacée chez l'adulte, par suite des déformations et du tassement de la vulve qu'entraînent le coït et l'accouchement, est très appréciable chez les petites filles ; elle est donc indépendante du vagin au point de vue embryogénique.

Il résulte de cette théorie que les malformations vaginales d'origine müllerienne s'accompagnent le plus souvent de malformations utérines, sans qu'il y ait concomitance de malformations vulvaires d'origine vestibulaire.

D'après ces données embryologiques, on conçoit facilement que d'un arrêt de développement des canaux de Müller à un moment quelconque de leur évolution, il résulte la persistance d'une cloison vaginale.

Dans le chapitre consacré à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie, nous essaierons d'expliquer le mécanisme de ces formations.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Etiologie

Dans son *Traité de Gynécologie*, Pozzi dit : « qu'on a longtemps considéré les malformations de tous les organes comme de simples caprices de la nature ». Dès le milieu du XIX^e^ siècle, quelques auteurs ont tenté de donner une explication rationnelle de ces phénomènes intéressant les organes génitaux, notamment Meissner (1), Busch (2) et surtout Küssmaul (3) en Allemagne, et Le Fort (4) en France. Depuis cette époque de nombreux auteurs ont fait paraître des travaux à ce sujet, mais c'est à Fürst (5) que revient l'honneur

(1) Fr. L. Meissner. — *Die Frauenzimmerkrankeiten.* — Leipzig, 1843, t. 1., p 343 et 535.

(2) W. H. Busch. — *Das Geschlechtsleben des Weibes.* — 1875, t. 3.

(3) A. Küssmaul. — *Von dem Mangel der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmütter von der Nachempfangniss und der Ueberwanderung des Eies.* — Würtzburg, 1859.

(4) Le Fort. — *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier.* Thèse d'agrégation. Paris, 1863.

(5) Fürst. — *Ueber bildungshemmungen des utéro-vaginal kanals Monatsch. f. Gebürtskund.* XXX, Berlin, 1867.

d'avoir contribué, par ses recherches, à déterminer l'époque exacte du développement embryonnaire à laquelle appartient chaque malformation. Quant à la cause de ces anomalies, peut-on l'attribuer à un simple arrêt de développement, ou faire intervenir l'atavisme qui reproduirait chez la femme par « anomalie reversive » des types d'une autre espèce de l'échelle animale ? Il ne semble pas douteux, à l'heure actuelle, que l'hérédité n'entre en jeu pour la formation de ces différentes anomalies.

Cependant certains auteurs (1) font jouer un rôle primordial à l'existence pendant la vie embryonnaire, d'une cause mécanique, qui empêche le rapprochement et l'union des deux canaux de Müller, surtout au niveau de leur extrémité supérieure. On a vu, en effet, des malformations intestinales et urinaires accompagner des malformations utérines et le rectum et la vessie s'interposer entre les canaux de Müller. D'autres fois, on constate soit la présence d'une cloison recto-vésicale bien développée, soit des traces de péritonite ancienne séparant les corps utérins ou les rattachant à la paroi pelvienne. Le rôle de la cloison recto-vésicale, vestige d'un suintement allantoïdien signalé par Hilo (1844), puis par Kriger, n'est pas admis par tous les auteurs, car certains la considèrent comme une conséquence et non comme une cause de la non coalescence des canaux de Müller.

Gratzer explique le rôle de la péritonite fœtale en

(1) G. Piquand. - *Les utérus doubles. Anatomie et developpement. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale.* — 1910, p. 401.

disant que, l'inflammation du péritoine détermine la formation d'adhérences et de brides cicatricielles qui rattachent les canaux de Müller à la paroi latérale du bassin et les empêche alors de se rapprocher sur la ligne médiane. Cette péritonite serait due soit à une infection d'origine maternelle, soit à un traumatisme ayant déterminé un épanchement sanguin dans le péritoine.

Küssmaul et Meyer pensent que le défaut de réunion des canaux de Müller est dû à une brièveté anormale des ligaments utérins et surtout des ligaments ronds, brièveté qui empêche le rapprochement de la partie supérieure des canaux de Müller.

Enfin, Pick prétend qu'il peut se faire au début du développement, entre les deux canaux de Müller, une inclusion de débris glandulaires provenant du corps de Wolff. Ces débris prolifèrent en constituant une formation méso-néphrotique qui s'enfonce en forme de coin entre les deux canaux et s'oppose à leur réunion, souvent même leur imprime un mouvement de torsion et cette prolifération peut, dans certains cas, aboutir à la formation d'une tumeur, presque toujours d'un adénomyome qui sépare les deux cornes utérines.

Cette étiologie semble donc être assez variable et assez complexe, aussi Pozzi résume-t-il les différentes théories émises à ce sujet, en disant que « la cause immédiate, la condition anatomique de la malformation est, dans l'immense majorité des cas, un simple arrêt dans l'évolution morphologique ou dans la croissance organique. Il importe de faire une distinction très nette entre ces deux catégories de faits. Dans la

première, l'organe tout en présentant le type fœtal, peut avoir des dimensions adultes ; dans la seconde qui peut exister seule, ou se combiner à la première, l'organe ayant le type adulte, a été atteint d'aplasie, il est resté plus petit, en totalité ou dans certaines de ses parties. Enfin, il y a des faits qui semblent ne pouvoir s'expliquer que par un véritable processus pathologique, ayant produit des adhérences et des soudures durant la vie embryonnaire. De cet ordre seraient certaines brides vaginales ».

Les malformations de l'utérus et du vagin sont fréquemment solidaires ; aussi on observe simultanément l'absence complète d'un des segments du canal génital avec le développement rudimentaire ou le cloisonnement de l'autre.

Pathogénie

La pathogénie des malformations vaginales est intimement liée au développement embryologique, mais surtout au développement et à l'évolution des canaux de Müller. Il est donc admissible, qu'un arrêt de développement de ces canaux à un stade quelconque, puisse avoir comme conséquence un arrêt simultané de l'évolution de la cavité vaginale.

Toutefois, la théorie müllerienne n'explique pas la coexistence d'un vagin double avec un utérus unique et normal, puisqu'elle démontre que la cloison se résorbe de bas en haut. Il faudrait donc admettre que dans quelques cas la résorption puisse se faire de haut en bas, ce qui est en contradiction jusqu'alors avec

les données embryologiques. Cependant, des recherches de Fürst, de Berlin, il résulterait que la cloison épithéliale qui sépare les deux canaux de Müller, persiste jusqu'à la 12e ou 14e semaine dans sa partie inférieure, alors qu'à cette époque, elle a déjà presque complètement disparu dans sa partie supérieure.

Voyons donc quelles sont les différentes malformations qui vont résulter de cet arrêt de développement :

1) Si les canaux de Müller restent accolés dans toute leur étendue, la cloison médiane ne se résorbant pas, on a un appareil génital double et un vagin cloisonné sur toute sa longueur.

2) Si la cloison se résorbe au niveau du col, ou à sa partie inférieure, on a un vagin incomplètement cloisonné.

3) La résorption peut être plus accusée, dans ce cas, il ne reste par place que des débris, constituant des brides très irrégulières quant à leur disposition et à leur forme

4) Quant au vagin borgne latéral qu'on observe quelquefois, on peut expliquer le mécanisme de sa formation en disant que, d'un côté, le canal de Müller s'est ouvert dans le canal vestibulaire de Legay en arrière du repli hyménéal, tandis que de l'autre côté l'ouverture ne s'est pas produite et le canal est resté borgne. Cela est dû à ce que leurs extrémités inférieures se sont mises, séparément, en rapport avec le sinus urogénital. Voilà comment on peut expliquer l'oblitération du vagin à sa partie inférieure, mais s'il est oblitéré à sa partie moyenne, on peut considérer que le canal de Müller, bien qu'ayant effectué sa descente normale,

non seulement ne s'est pas ouvert dans le sinus urogénital, mais qu'il s'est oblitéré dans une bonne portion de sa partie terminale et on constate alors que la portion oblitérée est remplacée par un tractus conjonctif assez épais et résistant qui unit le vagin borgne à la portion vestibulaire.

5) Les diaphragmes transversaux qui sont plus ou moins complets ou qui affectent la forme de croissant peuvent être dus à la persistance partielle de la cloison épithéliale qui unit les parois vaginales jusqu'à la 5e semaine de la vie embryonnaire; les canaux de Müller étant primitivement des cordons pleins se creusant dans la suite, on conçoit qu'il est possible que sur certains points la résorption ne se fasse pas complètement. Ils peuvent être produits aussi par un arrêt de développement des canaux de Müller, plus accusé en un point déterminé de leur trajet, par exemple, ou de leur réunion avec le canal vestibulaire.

Pozzi dit « qu'on peut rapprocher l'anomalie que constituent les brides transversales observées dans le vagin, chez la femme, de la disposition qui existe à l'état normal chez certains animaux. Chez les cétacés, on a trouvé jusqu'à huit replis successifs, simulant une série de museaux de tanche superposés ; chez la femelle du chimpanzé, les plis du vagin forment des cloisons fort étendues. Chez la brebis, les anneaux ou diaphragmes se succèdent dans le vagin jusqu'au col de l'utérus ».

De toutes ces considérations il résulte donc, que les différentes anomalies que nous venons d'étudier n'ont

pas la même origine. Les cloisons longitudinales représentent les vestiges de la cloison d'adossement des deux vagins primitifs, qui n'a pas été résorbée. Quant aux diaphragmes transversaux, ils sont dus soit à un arrêt de développement, soit à une influence ancestrale établissant un arrêt dans l'évolution morphologique.

Description anatomique — Morphologie

Les malformations vaginales par arrêt de développement sont multiples, mais nous ne retiendrons que les plus fréquentes ; quelques variétés se trouvent signalées dans nos observations. Nous les classerons en trois grands groupes : 1° les cloisons longitudinales ; 2° les diaphragmes transversaux ; 3° les brides vaginales, quoique ces différents types puissent se rencontrer simultanément chez le même sujet.

1° Cloisons longitudinales

Dans la grande majorité des cas le vagin est divisé par une lame placée de champ, en deux canaux accolés comme les deux canons d'un fusil. Généralement il y a coexistence de malformations utérines, quoique l'anomalie puisse porter sur le vagin seul, l'utérus étant parfaitement constitué (Obs. IV). Cette cloison peut être complète ou incomplète et nous pouvons distinguer les modalités suivantes :

1° La cloison s'étend sur toute la hauteur du vagin ;

elle s'insère en haut sur le col utérin (Obs. IV) ou entre les deux cols utérins, sa partie moyenne est presque toujours plus mince que ses bords ; en bas, elle se prolonge jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal où elle se termine soit par un rebord aminci décrivant une courbe à concavité inférieure, soit par un rebord épais légèrement festonné.

2° La cloison est incomplète et sa partie inférieure manque. C'est seulement au niveau du tiers inférieur ou de la moitié supérieure, qu'on trouve la cloison verticale divisant le vagin en deux parties.

3° La cloison est incomplète, mais c'est la partie supérieure qui est absente. Au niveau de la vulve le vagin est alors divisé en deux canaux, qui en haut aboutissent à une cavité unique.

4° La cloison existe dans toute la hauteur du vagin, mais présente, à sa partie moyenne, un orifice plus ou moins large faisant communiquer les deux cavités.

5° Exceptionnellement la cloison n'existe qu'à la partie moyenne du vagin.

6° Dans d'autres cas, très fréquents, la cloison est réduite à des vestiges, à des brides fibreuses tendues comme des ponts (Obs. I et III) à direction parallèle ou perpendiculaire à l'axe du vagin. En général elles sont très variables dans leurs formes, leurs dimensions et dans leur direction qui résulte de la situation respective qu'occupaient primitivement les deux canaux de Müller.

7° La cloison peut être placée juste au milieu du vagin, le divisant en deux canaux absolument égaux, mais beaucoup plus souvent la cloison est déviée d'un

côté et l'un des vagins est beaucoup plus large que l'autre. (Obs. IV).

8° La cloison s'insère en avant sur la ligne médiane, et en arrière à droite ou à gauche ; elle présente donc une direction plus ou moins oblique, et les deux cavités vaginales ont alors une forme assez irrégulière. Von Guérard cite un cas où la cloison était totalement transversale et disposée suivant un plan frontal ; le vagin était alors divisé en deux cavités, l'une antérieure, l'autre postérieure. Breyski (*Deutsche chirurgie* op. 60, 1885) rapporte une observation analogue, où la cloison semblait tordue en hélice, de telle sorte que, l'un des conduits vaginaux semblait s'enrouler autour de l'autre pris comme axe.

9° Pauchet (d'Amiens) (1) signale un cas où, sur la paroi vaginale postérieure, se trouvait un raphé saillant, sorte de cloison incomplète et mobile se renversant à droite ou à gauche de la ligne médiane et constituée par un reliquat de la cloison vaginale primitive.

10° Dans le cas de vagin double, l'un des vagins peut être frappé d'un arrêt de développement dans sa partie inférieure. Il se termine alors en cul-de-sac, à plus ou moins grande hauteur. C'est le *vagin borgne latéral* de Pozzi qui consiste dans l'oblitération d'un des deux vagins soit à sa partie inférieure, c'est-à-dire au niveau de la jonction du vagin proprement dit avec le sinus uro-génital, soit plutôt à sa partie moyenne.

Ces cas d'oblitération du canal vaginal se rencontrent plus fréquemment sur la partie droite du vagin double

(1) Pauchet. — *Gazette des Hôpitaux*, 18 janvier 1902.

sans que l'on puisse en donner une explication plausible. Cette malformation pourra rester ignorée pendant très longtemps, mais l'accumulation du sang menstruel dans ce vagin clos produira la formation d'hématocolpos ou de pyocolpos qui attireront l'attention et feront révéler la lésion (1).

En général, dans les cas de cloisonnement complet, la cloison s'arrête ordinairement un peu au-dessus de la vulve de sorte que celle-ci présente, à première vue, un aspect normal et c'est en écartant les petites lèvres et les bouts de l'hymen que l'on aperçoit son bord inférieur qui est presque toujours concave. A sa partie moyenne, il reste à une certaine distance de l'orifice vulvaire, tandis que ses extrémités se prolongent en avant et en arrière jusqu'au bord libre de l'hymen en formant deux éperons situés l'un, à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure de cette membrane. Rarement la cloison descend sur toute la hauteur de la vulve en la divisant en deux orifices indépendants munis chacun d'un hymen.

On a signalé quelques cas où, la partie inférieure de la cloison, présentait un léger dédoublement aboutissant à la formation de deux replis qui se continuaient de chaque côté avec la petite lèvre correspondante. Enfin, on a vu la partie antérieure de la cloison très épaissie renfermer le canal uréthral.

---

(1) Vautrin. — De l'hématocolpos latéral dans les cas de malformations utéro-vaginales. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1912. P. 449.

G. Gross. — Hématométrie et hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital. Th. Nancy, 1900.

Dans ces cas de cloisonnement longitudinal les vagins sont souvent très inégaux ; l'un est large bien développé, c'est celui dans lequel se pratique habituellement le coït et qui en cas de grossesse communique avec l'utérus gravide, l'autre est étroit, incapable de servir à la copulation et se termine souvent à sa partie supérieure, en cul-de-sac sur le côté du col utérin (Obs. IV).

Parfois les deux vagins sont égaux et peuvent servir indifféremment pour le coït. Enfin il est des cas où les deux conduits vaginaux présentent des dimensions très inférieures à celles d'un vagin normal, d'où il résulte des difficultés pour les rapports sexuels.

Structure de la cloison. — La structure de la cloison vaginale a été décrite par quelques auteurs. Ordinairement elle est épaisse, charnue et rappelle la consistance de la paroi recto-vaginale. Elle ne présente pas toujours une surface lisse, elle peut être ridée, plissée comme la muqueuse vaginale normale. Lorsqu'elle est complète, c'est-à-dire qu'elle s'étend sans interruption d'arrière en avant, depuis le col utérin auquel elle est soudée, jusqu'à l'orifice vulvaire où elle se termine, on peut lui décrire deux faces, deux bords, deux extrémités, la face droite représente la paroi gauche du vagin droit, tandis que sa face gauche constitue la paroi droite du vagin gauche. Le bord supérieur adhérent, se continue avec la paroi antérieure des deux vagins, le bord inférieur, également adhérent, se continue avec leur paroi postérieure. L'extrémité postérieure se soude au col, tandis que

l'antérieure est libre ou donne insertion à des caroncules myrtiformes.

Sur une coupe horizontale la cloison peut affecter la forme d'une lentille bi-concave, les deux bords, antérieur et postérieur, mesurent une épaisseur de 8 à 10 millimètres, tandis qu'à la partie moyenne elle ne dépasse guère que 2 à 3 millimètres.

Elle est formée par deux lames muqueuses se continuant de chaque côté avec la muqueuse vaginale ; entre ces deux lames on trouve une couche de tissu conjonctif avec des fibres musculaires à direction antéro-postérieure ou légèrement oblique, semblant se continuer avec les fibres circulaires du vagin. Ces fibres sont surtout abondantes à la partie supérieure et inférieure de la cloison et plus rares au niveau de la partie moyenne. On ne trouve pas de fibres à direction longitudinale, mais on y rencontre de nombreux vaisseaux artériels et veineux et des battements ont même pu être perçus par la palpation (1).

On peut donc admettre que la cloison est formée par la muqueuse et par la couche des fibres musculaires des deux vagins adossés, tandis que la couche de fibres longitudinales, plus superficielles, n'y prend pas part et constitue une sorte d'enveloppe autour des deux vagins. On a vu tour à tour dans ces lésions des restes de la fusion des canaux de Müller ou des adhérences formées pendant la vie embryonnaire.

---

(1) Barozzi et Fournier. — Un cas de vagin double chez une femme enceinte, à terme. *La Gynécologie*, 1914. P. 197.

2° Diaphragmes transversaux

Ces malformations vaginales ont été très bien étudiées dans la thèse de Delaunay (Paris-1877). Elles peuvent affecter la forme de diaphragmes complets ou incomplets ou de croissants. (Obs. II, V, VII et VIII).

Ce sont assurément ces cas qu'on a parfois décrits comme des hymens supplémentaires. La disposition de ces cloisons est presque toujours la même. C'est un plan membraneux placé de champ, et fermant quelquefois complètement l'un des vagins dans le cas de duplicité de ce canal. Mais dans le cas où ce dernier est unique elle le divise en deux chambres, l'une antérieure, l'autre postérieure communiquant par un orifice plus ou moins large mais souvent très étroit, punctiforme, difficile à découvrir et permettant malgré tout l'écoulement du sang menstruel.

Il n'existe ordinairement qu'un diaphragme, mais on a pu en voir plusieurs superposés, deux, trois et même quatre sur toute la hauteur du vagin. Scanzoni dans son *Traité des maladies des Organes sexuels* assigne, comme siège le plus fréquent à ces malformations, l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de la cavité vaginale ; mais en réalité, ils peuvent siéger à n'importe quelle hauteur. Ils sont situés de préférence un peu en arrière de l'hymen, à une distance variant de 3 à 5 centimètres (Obs. II, V, VII et VIII) ou plus haut vers le col, qu'ils enserrent parfois comme une collerette que Laroyenne appelait « prépuce vaginal ».

Leur épaisseur est différente suivant les cas, mais

varie de 1 à 6 millimètres environ. Chez les femmes enceintes dont nous reproduisons les observations (Obs. VII et VIII) et où nous avons constaté la présence d'un diaphragme complet, le toucher a toujours révélé au moins la présence d'un orifice qui peut occuper le centre de la cloison ou être situé sur une des parties latérales. C'est par là que les spermatozoïdes du liquide fécondant déposé dans le vagin par le coït, ont pu gagner la région du col utérin et permettre la fécondation ; en général ces diaphragmes entravent donc plus ou moins les fonctions de la génération, et chez certaines femmes ils peuvent être une cause de stérilité. Nous avons dit que leur orifice était plus ou moins étroit. Son diamètre peut être large de 2 centimètres dans certains cas et dans d'autres, punctiforme et très étroit au point d'être découvert avec difficulté et d'admettre seulement l'extrémité d'un stylet de trousse.

D'autres fois, cet orifice semble absent, ce qui est inadmissible chez une femme enceinte et Lepage (1) cite un cas où cet orifice s'était obturé après la fécondation par « une série de productions sébacées, en grappes, dues vraisemblablement à une accumulation des produits de sécrétion cervico-vaginale ».

Dans certaines circonstances ces diaphragmes peuvent s'être résorbés en partie et il ne subsiste plus alors qu'un croissant attenant en général à la paroi antérieure du vagin. Dans la littérature obstétricale on signale des cas où il ne reste plus que des brides

(1) Lepage. — Un cas de diaphragme vaginal, chez une femme près du terme. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1909. P. 160.

transversales qui sont les vestiges d'un diaphragme en partie résorbé. Elles sont de direction et de dimensions variables. Enfin la résorption peut être plus complète encore et il peut exister seulement des fragments de cloison qui ont la forme de saillies linéaires verticales, aplaties transversalement, et occupant la ligne médiane, sur la paroi antérieure, la paroi postétieure du vagin, ou sur les deux à la fois.

Structure. — Le diaphragme paraît avoir une structure analogue à celle de la cloison longitudinale, mais en général il est moins épais et moins charnu. Ses parois ont une épaisseur variable, elles peuvent aller en s'amincissant depuis l'insertion vaginale jusqu'au bord libre. Si le diaphragme est mince, il est composé de deux muqueuses accolées et séparées seulement par une légère couche de tissu cellulaire. Si l'épaisseur est plus considérable, on y rencontre des fibres musculaires et des fibres élastiques en plus ou moins grande abondance.

Les deux couches muqueuses ne sont autres que des prolongements de celles qui tapissent les surfaces de la cavité vaginale avec lesquelles elles se continuent sans ligne de démarcation. Quant aux fibres musculaires et élastiques elles vont, elles aussi, se continuer avec celles contenues dans la tunique moyenne du vagin.

Au-dessus et au-dessous de l'obstacle, les parois vaginales ont leur aspect habituel. Telle était déjà l'opinion de Scanzoni; elle a été confirmée par les recherches contemporaines.

3° Brides vaginales

Chez certains sujets le vagin présente des brides congénitales qui ont une direction soit longitudinale, soit transversale. Leur lieu d'élection est l'entrée et le fond du vagin. On peut en distinguer diverses catégories que nous allons étudier rapidement. Ce sont : 1° les brides de l'entrée du vagin qui sont ou vagino-hyménales ou vagino-vaginales ; 2° les brides du fond du vagin.

Brides vagino-hyménales. — F. Jayle a signalé à l'entrée du vagin l'existence de brides de forme aplatie ou arrondie et dont la direction générale est antéro-postérieure. Presque toujours, elles prennent leur origine en arrière du méat urinaire pour aller se terminer soit sur un côté de l'orifice vaginal, soit généralement en arrière au niveau de la ligne médiane (Obs. III).

Jayle dit que « la bride hyméno-vaginale ou vagino-hyménale est un prolongement du vagin qui se libère de cet organe, en avant, en arrière du méat, et, après avoir parcouru une certaine étendue de l'orifice vaginal va s'insérer sur l'hymen et se confondre avec lui ».

Ces brides seraient dues à une prolifération des plis du vagin, qui constitue alors des prolongements de longueur différente, mais qui peuvent atteindre des dimensions suffisantes leur permettant de venir s'insérer à la partie postérieure, au niveau de l'hymen ; une bride se trouve ainsi constituée. Dans certains cas, l'insertion antérieure peut être à la fois vaginale et hyménale et la postérieure, uniquement vaginale, on a alors une bride vagino-hyméno-vaginale.

Brides vagino-vaginales. — Nous les considérerons comme étant le reliquat des diverses cloisons que nous avons vues exister dans le vagin, cloisons qui ont subi une résorption plus ou moins complète. Elles peuvent être aplaties ou avoir la forme d'un cordon et elles réunissent les deux parois de l'orifice vaginal.

Brides du fond du vagin. — Jayle distingue quatre variétés de brides :

a) La bride médiane, longitudinale, antérieure qui a la forme d'une faux ; elle s'insère sur le col utérin pour venir se perdre sur la paroi vaginale antérieure ;

b) La bride transversale postérieure qui n'est que l'exagération du pli vaginal transversal postérieur limitant en bas le nid du col utérin et qui est en forme de cupule ;

c) La bride latérale ;

d) La bride cervico-vaginale due à un défaut de développement lorsqu'elle est d'origine congénitale.

Dans ces cas, on a vu le col se continuer par un large pli qui venait mourir sur la paroi antérieure du vagin.

SYMPTOMATOLOGIE — DIAGNOSTIC

Symptomatologie

Les malformations vaginales sont la plupart du temps méconnues et ne sont révélées au médecin que lors d'un examen obstétrical. Dans les huit observations que nous avons recueillies à ce sujet, aucune modalité de la menstruation ou de la fonction génésique n'avait éveillé l'attention de ces femmes et leur vice de conformation, qu'elles ignoraient, ne leur fut révélé qu'à leur entrée à la Maternité.

Cependant, si quatre d'entre elles avaient toujours eu des règles régulières, indolores et d'abondance normale, trois autres accusaient, depuis la puberté, des symptômes douloureux à chaque époque menstruelle. Quant à la dysgénésie, deux dysménorrhéïques seulement avaient eu des rapports sexuels pénibles, s'accompagnant de tiraillements douloureux. Tous ces divers phénomènes ne semblaient pas avoir préoccupé ces femmes outre mesure. Mais il n'en est pas toujours ainsi et, en dehors de tout état de grossesse, certains troubles qui apparaissent à l'époque de la puberté ou

au moment du mariage forcent la femme à recourir à un examen médical.

Cet ensemble de signes fonctionnels dus aux malformations vaginales peuvent se rapporter, comme nous venons de le voir, à la menstruation ou à la fonction génésique.

Troubles menstruels. — Les symptômes sont différents suivant que l'on a affaire à des cloisons longitudinales ou à des diaphragmes transversaux. Quant aux brides vaginales, elles n'ont aucune influence sur la menstruation.

C'est surtout lorsqu'il existe un vagin borgne latéral que l'on peut avoir des accidents qui incitent la malade à se soumettre à un examen gynécologique. En effet, jusqu'à la puberté et avant l'instauration de la menstruation la malformation pourra rester indéfiniment méconnue. Mais si cette cavité close communique avec le col utérin, dès l'apparition des règles, il s'y produira une accumulation de sang menstruel; il en résultera la formation d'une tumeur qui, tout d'abord, passera inaperçue mais dont le volume augmentera à chaque nouvelle période menstruelle. En même temps, la femme ressentira des douleurs de plus en plus intenses qui pourront s'accompagner de troubles nerveux, et ces phénomènes généraux graves, pourront, en quelques mois devenir tout à fait inquiétants. Le médecin constatera alors la présence d'une tumeur qui sera un hématocolpos, voire même un pyocolpos latéral. Le toucher vaginal et le toucher rectal combinés permettront d'établir le diagnostic. Si l'utérus est double, il pourra même y avoir de l'hématométrie.

Le diaphragme transversal n'étant presque jamais complet, il est rare qu'il aboutisse aux diverses rétentions sanguines qui conduisent de bonne heure la malade chez le chirurgien. La persistance d'un ou plusieurs pertuis permettant l'écoulement du sang menstruel, on n'aura donc jamais les symptômes douloureux qui se manifestent dans la rétention des règles et qui se produisent surtout à la période correspondant à chaque époque menstruelle. Cependant, si un obstacle produit momentanément l'obstruction de la lumière du diaphragme, le sang s'accumulera dans le vagin ; cet accident est le plus souvent suivi d'une débâcle et, une fois passé, une nouvelle accumulation peut produire la répétition du même phénomène ; on conçoit donc que des accidents sérieux puissent parfois survenir.

Mais, en général, tous ces phénomènes sont l'exception, et si l'on interroge la femme sur l'époque de sa puberté, on apprend que les règles ont eu une certaine peine à s'établir ; qu'au début, l'écoulement menstruel se faisait mal, s'accompagnant de douleurs dans le bas-ventre, dans les aînes, que ces douleurs ont même été parfois assez vives pour l'obliger à suspendre tout travail. Mais ces différents signes se rencontrant souvent au moment de l'établissement des règles, on n'y a pas pris garde surtout si, rapidement, les choses sont rentrées dans l'ordre.

Troubles de la fonction génésique. — Tant que la femme restera vierge et que sa menstruation sera normale, son attention ne sera pas attirée vers ses organes génitaux ; mais dès les premiers rapports sexuels, elle accusera souvent des douleurs intolérables qui ren-

dront le coït très pénible, même pour le mari, et ce dernier ne tardera pas à se rendre compte que sa femme n'est pas faite comme les autres.

Dans un cas, rapporté par Pierra (1), où il y avait utérus double et vagin double, les premiers rapports sexuels n'avaient pas été trop pénibles, mais le mari s'était aperçu très vite que quelque chose apportait parfois une certaine gêne à leur accomplissement ; supposant que sa femme présentait une malformation de la région vulvaire, il consulta un chirurgien qui constata l'existence d'une cloison vaginale.

Dans la plupart des cas de cloisonnement complet, nous avons vu que le vagin était divisé en deux canaux de largeur inégale et que le canal le plus large avait des dimensions inférieures à celles d'un vagin normal. La copulation se fait alors dans l'une des cavités seulement, et dans la plus spacieuse ; il est fréquent, dans les cas de ce genre, de voir que l'un des deux conduits est encore pourvu de son hymen. Mais il est certaines circonstances où les deux cavités vaginales peuvent servir indifféremment pour le coït, leurs dimensions étant sensiblement égales. Ainsi le professeur Richet a eu l'occasion de traiter une prostituée portant un double vagin et qui, par une singulière aberration du sens moral, croyait faire à sa manière acte de fidélité matérielle envers son amant, en lui réservant le privilège exclusif d'un des deux conduits vaginaux, et en consacrant l'autre à un usage plus général.

---

(1) Louis Pierra. — Société d'Obstétrique de Paris, 21 mai 1908 et *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1909, p. 41.

Enfin, il est des cas où la présence d'une cloison longitudinale apporte une impossibilité absolue à l'accomplissement des rapports sexuels. Voici, à ce sujet, une observation publiée par le docteur Gillion, de Bruxelles (1) :

La malade dont il s'agit ne s'est jamais plainte de son anomalie avant le mariage. Ses doléances avaient commencé avec la première nuit de noces et elle les renouvelait toujours plus intenses à chacun des rapprochements. La malade fatiguée toujours d'entendre de la part de son mari, qui l'aimait cependant, « qu'elle n'était pas faite comme une autre » vint demander qu'on l'examine, « afin de voir ce qui lui manquait ». C'est une jeune femme âgée de 25 ans, mariée depuis à peu près deux ans et qui ne présentait rien d'anormal du côté des organes génitaux externes, mais l'index introduit dans le vagin fait constater, à 2 centimètres environ de l'orifice vulvaire un tractus membraneux longitudinal très résistant et fort épais, séparant dans toute sa longueur le vagin en deux parties, une moitié droite et une moitié gauche et s'étendant vers la droite dans la profondeur jusqu'à la partie la plus externe du col utérin. L'une des cavités vaginales était un peu plus large que l'autre, mais elle n'en était pas moins étroite. L'utérus est unique et peu volumineux. Le Dr Gillion ajoute que la joie des conjoints fut grande quand il leur apprit qu'une petite opération pourrait remédier aux douleurs qu'ils avaient jusqu'alors éprouvées dans leurs embrassements. La cloison fut sectionnée et depuis qu'a eu lieu cette intervention le mari convient que sa femme est faite comme une autre, et son épouse ne médit plus comme autrefois des plaisirs du mariage.

Dans le cas où il existe un diaphragme transversal, les premiers coïts provoquent presque toujours des tiraillements douloureux ; ils sont généralement difficiles (Obs. VII et VIII) mais rarement impossibles.

(1) Observation Gillion. — Thèse de Manolescu, p. 60, Paris, 1898.

Il ne faut pas oublier que si l'intromission du pénis est d'abord limitée au début, une attaque impétueuse du membre viril peut vaincre la résistance de la cloison et amener sa rupture ; dans ces cas la guérison est obtenue.

Mais en général, si ces diaphragmes, suivant leur siège, gênent plus ou moins l'acte génital, ils ne l'empêchent pas et l'éjaculation peut se faire dans le vagin. La fécondation est donc possible, mais elle sera plus ou moins difficile, plus ou moins pénible, et tant qu'il y aura un chemin qui peut être parcouru par le spermatozoïde jusque dans l'utérus, la fécondation aura lieu.

Les brides vagino-hyménales, quoique toujours assez lâches gênent souvent les rapports sexuels où, dans certains cas, le premier rapport seul est douloureux. Cela est dû suivant que la bride résiste ou non à l'effort pénien. Si elle est faible, elle se rompt en un point quelconque ; si elle est forte elle résiste, s'étire plus ou moins mais ne se rompt pas et, dans ce cas, le coït a lieu latéralement avec plus ou moins de gêne.

Grossesse. — Chez la femme enceinte, les cloisonnements longitudinaux ou les diaphragmes transversaux incomplets offrent en général peu de symptômes caractéristiques ; ils peuvent souvent être complètement méconnus, cela tient à ce que la femme n'ayant rien observé d'anormal jusqu'à cette époque elle a négligé de se livrer à un examen médical, témoin le cas de Barozzi et Fournier (1) où ni la femme, ni son mari,

(1) Barozzi et Fournier. — Un cas de vagin double chez une femme enceinte près du terme. *La Gynécologie*, 1914. P. 197.

ne s'étaient rendus compte de la duplicité du canal vaginal.

Cependant dans un cas de vagin double relaté par Géraud et Giraud (1) la femme connaissait bien l'existence des deux orifices vaginaux, mais elle croyait que c'était là une disposition normale. Dans d'autres cas l'une des cavités vaginales peut être tellement étroite, qu'elle est complètement méconnue même par un clinicien averti comme dans le cas cité plus haut (Géraud et Giraud) où un gynécologue donnant ses soins à la malade ne découvrit pas la malformation qu'elle lui annonçait et refusa d'y croire. Souvent la copulation se produisant exclusivement dans l'un des vagins, il se produit une dilatation de sa cavité et un refoulement de la cloison médiane contre les parois vaginales ; l'un des vagins est donc effacé, voire même annihilé. D'autre fois la cloison longitudinale d'abord complète, peut ensuite disparaître en partie sous l'influence des traumatismes sexuels. Doléris (2) cite le cas d'une femme mariée deux fois sans enfants, chez laquelle le vagin était cloisonné dans les deux tiers de sa hauteur. Le tiers inférieur ayant été détruit par les tentatives de coït du début.

Quelquefois, pendant l'interrogation, l'attention de l'accoucheur sera attirée parce que la malade accusera des symptômes douloureux pendant les rapports conjugaux, mais non l'impossibilité de leur accomplisse-

---

(1) H. Géraud et A. Giraud. — Un cas de vagin cloisonné. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1908. P. 184.

(2) Doléris. — *La Gynécologie*, 1910. P. 254

ment. Cela est dû nous l'avons vu, à ce que les cavités vaginales sont souvent plus étroites que normalement, ou à la présence d'un diaphragme ou d'une bride qui limite l'intromission du pénis.

Il faudra donc essayer de préciser le diagnostic de la malformation. L'inspection de la vulve et l'écartement des petites lèvres permettront quelquefois de constater la présence d'un orifice vaginal divisé en deux par un pont membraneux qui peut être l'extrémité inférieure d'une cloison vaginale ou une bride vagino-hyménale. Le toucher donnera des renseignements plus précis et permettra de mieux se rendre compte de la forme et des connexions de la malformation ; s'il y a vagin double l'index et le médius étant présentés à la vulve, la main en supination, on sent immédiatement une membrane antéro-postérieure qui sépare les deux doigts explorateurs. On pourra alors facilement se rendre compte si la cloison est complète ou incomplète, perforée ou non d'orifices plus ou moins nombreux, ou si elle est réduite à des ponts ou à des débris membraneux. Il sera aisé de se renseigner sur la consistance de ces brides qui sont souvent d'autant plus souples, qu'elles ont été distendues pendant le coït, mais quelquefois elles sont particulièrement robustes et solides (brides vagino-hyménales) et nous verrons qu'elles peuvent causer un obstacle sérieux à l'accouchement.

Dans le cas d'un diaphragme transversal, l'inspection de la vulve ne donnera pas de résultat s'il est plus ou moins haut situé. Le toucher seul permettra de préciser le diagnostic. Le doigt introduit dans le vagin viendra buter sur un anneau, admettant dans certains cas, avec

peine, la pulpe de l'index, si bien que le vagin a la forme d'un éteignoir. Souvent ce n'est qu'avec difficulté que le doigt pourra franchir l'orifice du diaphragme, pour arriver jusqu'au niveau du col utérin. Dans ces cas l'examen au spéculum pourra aider au diagnostic et le toucher rectal permettra de se rendre compte du siège exact du cloisonnement et de son épaisseur.

Dans tous les cas de malformation vaginale, il sera bon d'examiner systématiquement l'utérus, qui peut, lui aussi, avoir subi des anomalies de développement, et il peut en résulter une accommodation anormale du fœtus qui influera sur la bonne marche de l'accouchement.

Accouchement. — Nous avons vu que, dans la plupart des cas, les malformations vaginales n'étaient reconnues que lorsque l'on pratiquait le toucher, chez des femmes à terme, prises des premières douleurs, et qui entraient à la Maternité pour accoucher ; généralement elles avaient négligé, comme cela est encore si fréquent, de se faire examiner pendant leur grossesse.

Sous l'influence du travail, les tissus de toutes ces malformations, se gonflent, s'amollissent, se distendent souvent à un degré tel, que l'expulsion du fœtus ne sera pas entravée le moins du monde. Mais il faut savoir que cette extensibilité a des limites et qu'une intervention devient parfois nécessaire. Dans quelques-unes de nos observations, les diaphragmes et les brides se sont rompus spontanément. Le point important est de ne pas confondre un diaphragme incomplet avec un col imparfaitement dilaté.

Tarnier et Budin, dans leur *Traité d'Accouchements*

insistent sur cette particularité et disent que « pour éviter cette erreur, il faudra pratiquer minutieusement le toucher vaginal. On sentira alors à une hauteur variable dans le vagin une membrane plus ou moins résistante, ordinairement perforée, tendue sur la tête qui la repousse au-devant d'elle. Le doigt dans un large mouvement de circumduction, reconnaîtra que cette membrane s'insère directement sur les parois vaginales dans tout son pourtour et l'observateur sera surtout frappé par l'absence des culs-de-sac normaux du vagin. Quelquefois le doigt pourra pénétrer dans l'ouverture de la cloison, et sentir au delà, l'orifice externe du col en voie de dilatation ; en pareil cas le diagnostic s'impose ».

Diagnostic

De la symptomatologie étudiée dans l'article précédent, nous pouvons déduire tous les éléments de diagnostic des différentes malformations. Si la femme accuse des rapports sexuels douloureux, l'attention sera immédiatement attirée vers l'existence possible d'une malformation vaginale. Au point de vue des cloisons longitudinales, le meilleur moyen de les dépister est de pratiquer le toucher avec deux doigts, simultanément ; de cette façon le refoulement de la cloison ne pourra pas passer inaperçu. Si la cloison est incomplète, on pourra accrocher à bout de doigt son extrémité supérieure et passer ainsi d'une cavité vaginale dans l'autre. Dans le cas où un orifice de communication ne peut pas être découvert, on pourra révéler

son existence en poussant dans l'un des vagins, une injection colorée, et on se rendra compte facilement si elle passe ou non dans la cavité voisine.

Quant aux diaphragmes transversaux, nous avons vu que, par le toucher, ils pouvaient être souvent facilement diagnostiqués. En effet, le doigt en pénétrant dans le vagin vient buter à une faible hauteur sur un anneau, admettant quelquefois à peine la pulpe de l'index, si bien que le vagin se termine en doigt de gant ; mais ce qui est très important, c'est l'absence des culs-de-sac normaux du vagin, qui sera facilement constatée par un clinicien averti.

Dans certains cas, il est utile d'établir un diagnostic différentiel entre les cloisonnements du vagin et d'autres malformations, qui à la rigueur, pourraient prêter à confusion.

1° Un hymen peut être refoulé dans la cavité vaginale et simuler un diaphragme transversal.

2° Une absence congénitale des lèvres du col utérin, compliquée de brièveté du vagin peut donner lieu à quelques difficultés. Depaul dans ses *Leçons de clinique obstétricale* signale cette anomalie qu'il avait déjà remarquée. C'est surtout dans le cas où le col est réduit à un bourrelet plus ou moins prononcé, que la confusion est facile car il peut ne persister qu'un simple orifice plus ou moins serré faisant communiquer la cavité utérine avec la cavité vaginale. Mais le toucher rectal permettra de reconnaître la présence de la portion sus-vaginale du col, immédiatement en arrière du fond du vagin.

3° Avec un col utérin normal mais en voie d'efface-

ment et de dilatation. On sentira alors la tête appuyée directement sur le tissu utérin et il y aura des modifications dans la consistance au moment des contractions utérines.

4° Un col utérin déchiré et déformé par des accouchements nombreux. La consistance du pourtour de l'orifice, sa situation haute, la présence des culs-de-sac, permettront en général d'éviter l'erreur et de différencier un col utérin d'un diaphragme haut situé.

5° Avec une poche des eaux venant faire saillie dans le vagin. La poche des eaux est plus lisse, moins rugueuse que la paroi vaginale, de plus, elle bombe à chaque contraction et en cherchant sur les côtés on trouve les bords du col de l'utérus.

6° Avec une malformation du segment inférieur. Dans le cas relaté dans notre observation VIII, M. le professeur Herrgott avait pensé que l'obstacle situé dans le vagin était dû à une malformation du segment inférieur. Mais il nous semble que l'hypothèse d'un diaphragme peut également être envisagée. En effet, le doigt explorateur ne peut pénétrer dans le vagin que sur une longueur de 4 centimètres environ, il ne trouve pas l'existence de culs-de-sac vaginaux, mais perçoit derrière l'obstacle un plan résistant qui est formé par le col ou par le segment inférieur. L'examen au spéculum révèle un pertuis situé vers le centre de l'excavation et par lequel on peut faire pénétrer une sonde de tout petit calibre. Après l'accouchement, on constate que l'obstacle a en partie disparu et qu'il subsiste seulement à gauche, un repli falciforme ; les culs-de-sac vaginaux existent réellement, le gauche

étant plus profond que le droit. Le col est très court, mais le corps utérin est normal. En présence de tous ces faits, s'il ne nous appartient pas de conclure en faveur d'un diaphragme plutôt que d'une malformation du segment inférieur, ou réciproquement, nous pouvons dire cependant qu'entre ces deux hypothèses, la discussion est permise.

Dans tous les cas où le diagnostic d'une malformation vaginale semblera douteux, il ne faudra pas négliger de pratiquer un examen au spéculum et un toucher rectal, qui donneront toujours des renseignements utiles.

Enfin, il faut se rappeler, que pendant la puerpéralité, la présence d'une cloison longitudinale dans le vagin, modifie les sensations recueillies par le doigt qui pratique le toucher et prête facilement à des erreurs de diagnostic concernant l'état du col qui, bien que simple, peut paraître double (Sauvage) (1).

---

(1) Sauvage. — Le cloisonnement du vagin au point de vue obstétrical. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. 1910. P. 137.

FRÉQUENCE DES MALFORMATIONS VAGINALES ET ÉTUDE DE LA DYSTOCIE

Fréquence

Les malformations vaginales, d'origine congénitale, sont relativement rares, puisqu'en recherchant les cas de ce genre dans les archives de la Maternité de Nancy, de ces vingt dernières années, nous n'avons relevé que huit observations qui s'y rapportent ; ce qui fait pour un total de 14.366 accouchements, un pourcentage approximatif de 1 pour 1.800.

Ces huit malformations se décomposent ainsi :

1 cloisonnement longitudinal ;
3 diaphragmes transversaux complets ;
1 diaphragme transversal incomplet ;
3 brides vaginales dont une antéro-postérieure, une latérale et une vagino-vaginale.

Dystocie

Ce qui domine, dans cette étude, c'est la bénignité relative de la dystocie occasionnée par les malforma-

tions vaginales d'origine congénitale. Dans la littérature obstétricale, on trouve peu d'exemples où la présence d'un cloisonnement ou d'une bride ait produit des complications nécessitant une intervention d'urgence. Cependant, dans un cas rapporté par Couvelaire (1), cet auteur dut avoir recours à l'opération de Porro, mais c'est là l'exception et au sujet du traitement nous verrons quelles sont les conditions qui peuvent amener dans certains cas à pratiquer cette intervention.

En général, l'expectation sera la meilleure conduite à tenir, mais l'accoucheur devra se tenir prêt à toute éventualité.

Période de dilatation. — Le Cointe estime que le début du travail et le mécanisme de la dilatation ne sont pas influencés par la présence des malformations vaginales. Mais il n'en est pas toujours ainsi dans les cas de cloisonnement longitudinal complet, c'est-à-dire lorsque son extrémité supérieure vient s'insérer sur le col utérin. Les bords de l'orifice, au lieu de s'écarter excentriquement et de rester réguliers comme dans le type normal, peuvent se dilater d'une façon irrégulière. Le contour des bords dessine un 8 incomplet, orienté dans un plan frontal. Cette configuration peut, dans certains cas, aller en s'atténuant et disparaître au cours du travail, dans d'autres persister jusqu'à la fin de la dilatation qu'elle empêche ainsi de devenir tout à fait complète.

---

(1) Couvelaire. — Rétrécissement annulaire du tiers supérieur du vagin, peut être d'origine congénitale, chez une primipare de 44 ans. — *Communication à la Société obstétricale de France*. Octobre 1908.

Si la dilatation est irrégulière, l'aire de l'orifice est incomplètement divisée en deux parties, droite et gauche, qui correspondent chacune à un vagin. Ces deux segments se comporteront d'une façon variable et ils s'ouvriront également ou inégalement pour livrer passage au produit de conception. La dilatation sera donc irrégulière et symétrique, ou irrégulière et asymétrique suivant que les orifices se dilateront régulièrement ou non. Ces variations dans le mécanisme de la dilatation sont dues à certaines dispositions anatomiques que nous allons étudier.

Si l'extrémité supérieure de la cloison reste à une certaine distance du col, la dilatation se fera normalement, mais si elle vient s'insérer par deux amarres aux lèvres antérieure et postérieure du col et aux culs-de-sac correspondants, la dilatation se fait irrégulièrement.

Pendant les contractions utérines, on voit les bords de l'orifice résister à la poussée de la poche des eaux dans les deux points où ils sont maintenus par les expansions de la cloison, tandis que dans le reste de leur étendue ils se dilatent librement. Il en résulte la présence de deux éperons qui feront saillie dans l'orifice, mais qui ne seront pas suffisants pour entraver l'expulsion du fœtus. De tout cela, on conclut que la dilatation du col sera symétrique ou asymétrique suivant la distance qui le séparera de l'extrémité supérieure de la cloison.

Certains auteurs ont signalé la lenteur de la dilatation dans les cas de malformations vaginales.

Cela semble être l'exception. Cependant on com-

prend fort bien que certain diaphragme ou certaine bride transversale, haut situés, plus ou moins extensibles, puissent maintenir constant l'écartement des parois vaginales et s'opposer ainsi à une dilatation du col. Cela se constatera surtout chez les primipares âgées, où tous les tissus du canal génital ont perdu une grande partie de leur souplesse. Il peut en être de même dans le cas où il existe une bride cervico-vaginale qui est due souvent à un défaut de développement ainsi que nous l'avons vu dans un chapitre précédent.

Enfin, il est exceptionnel que la lenteur de la période de dilatation amène la mort de l'enfant par une prolongation anormale du travail.

Période d'expulsion. — C'est surtout pendant la période d'expulsion que les phénomènes dystociques dus aux malformations vaginales peuvent donner lieu à des complications assez graves. Il faut envisager différentes éventualités suivant la disposition de la cloison et la présentation fœtale.

1° *La cloison est longitudinale et l'enfant se présente par le sommet.* — L'expulsion du produit de conception ne sera pas entravée si la cloison est complète. Sous l'influence de la pression exercée par la tête qui progresse, la cloison médiane ira s'accoler contre la paroi vaginale, elle se distendra et presque toujours se déchirera ainsi que cela a été signalé dans notre observation n° IV. Il semble que, dès que l'enfant est de volume moyen, la rupture de la cloison est la règle, c'est ce qui fait qu'on ne rencontre cette malformation que chez des primipares ou chez des femmes qui n'ont eu

que des accidents abortifs. Mais chez les primipares âgées, où les tissus ont perdu une grande partie de leur élasticité, la cloison ne se distendant pas viendra ajouter sa résistance à celle des parties molles et l'enfant ne pourra s'expulser que difficilement à travers un canal rétréci

Si la cloison est incomplète dans son tiers supérieur et s'arrête à quelque distance de l'orifice utérin, la tête fœtale peut venir buter contre elle, et l'extrémité supérieure de la cloison, si celle-ci ne se déplace pas latéralement, peut mettre obstacle à la sortie du fœtus. Le travail alors se prolonge, devient très pénible et l'immobilisation peut durer assez longtemps pour amener la mort de l'enfant.

2° *La cloison est longitudinale et l'enfant se présente par le siège.* — Si la cloison est complète et vient s'insérer sur les bords du col utérin on n'observe guère de phénomènes dystociques. Mais il n'en est plus de même lorsqu'elle est incomplète et que son extrémité supérieure s'arrête à une certaine distance du col utérin. Dans ce cas, la présentation du siège est défavorable car on a vu des cas où le fœtus était venu se mettre à cheval sur la cloison, ayant alors une jambe dans chacune des cavités vaginales et il peut résulter de cette attitude des délabrements considérables qui ne seront évités que par un sectionnement de la cloison.

Cependant, dans les cas de vagin double, il semble que la présentation du siège soit plus fréquente que normalement. Cela serait dû à une accommodation anormale du fœtus dans la cavité utérine.

L'explication rationnelle de ce phénomène est que,

dans les cloisonnements du vagin, l'utérus, bien que simple et à cavité unique, présente souvent des malformations. La fusion des deux canaux de Müller a été suffisante pour produire l'unité de contours et de cavité, mais elle est restée assez imparfaite pour laisser subsister un éperon saillant dans la cavité utérine. C'est une trace de la dualité primitive de l'organe qui aura comme conséquence une accommodation anormale du fœtus, d'où une présentation du siège plus fréquente.

3° *Il existe un diaphragme transversal.* — Dans ces cas, la partie fœtale qui s'engage dans le vagin, s'arrêtera sur la cloison sans pouvoir la franchir malgré des contractions utérines quelquefois énergiques. En effet, s'il arrive souvent que sous l'influence du travail la membrane se ramollit, s'efface ou se rompt spontanément, il n'en est pas toujours ainsi et elle peut offrir une résistance énergique à la progression de la partie fœtale qui se présente.

Dans ce cas, le travail se prolonge et l'accouchement traînant en longueur peut amener la mort de l'enfant. D'autres fois, pour vaincre l'obstacle, les contractions utérines deviennent de plus en plus fortes, se succèdent plus rapidement et l'on peut assister à une rupture ou de l'utérus ou du vagin, ou de ces deux organes à la fois.

Mais la marche de l'accouchement est variable, suivant le nombre des diaphragmes, leur épaisseur, leur résistance, la largeur de leur orifice. Le pronostic sera plus grave si le cloisonnement est complet ou si les cloisons sont nombreuses.

4° *Il existe des brides transversales et longitudinales.* — Les accidents dystociques observés dans ces cas sont à peu près les mêmes que ceux qui ont été exposés dans les paragraphes précédents. La partie fœtale engagée dans le vagin viendra buter contre la bride qui se rompra spontanément ou opposera une résistance énergique ; à chaque effort d'expulsion la bride se tendant au devant de la tête comme un véritable ruban qui s'allonge, mais ne cède pas.

Tarnier cite une observation de Pignaut dans laquelle la tête du fœtus avait passé au-dessus d'une bride longitudinale et le tronc au-dessous. Le cou du fœtus resta retenu appliqué contre la vulve et fut étranglé par cette bride. La section de l'obstacle n'ayant pas été faite à temps, l'enfant succomba. S'il y a une présentation du siège, nous pouvons voir le fœtus venir se mettre à califourchon sur la bride comme dans le cas d'un cloisonnement longitudinal incomplet. L'expulsion se trouve alors entravée.

Accidents de la rupture spontanée. 1° *Hémorragie.* — Dans le cas où la cloison se rompt spontanément, il peut se produire une hémorragie grave surtout dans les cas de cloisonnement longitudinal, puisque nous avons vu que très souvent cette membrane est abondamment vascularisée. Mais, heureusement, il est loin d'en être toujours ainsi et la pression exercée par le fœtus contre les parois vaginales amène souvent une hémostase rapide dans le cas où l'écoulement sanguin est peu abondant.

2° *Rupture du vagin.* — Si une bride se rompt à l'une de ses extrémités, la déchirure peut compromettre

l'intégrité de la paroi vaginale et elle sera alors l'amorce de délabrements plus considérables qui se produiront au passage de la tête fœtale. La rupture spontanée d'un diaphragme transversal ou d'une cloison longitudinale peut produire les mêmes accidents.

Interventions pendant le travail. — Quant aux interventions qu'on peut être amené à faire pendant le cours du travail (forceps, version) elles pourront être rendues plus difficiles dans certains cas de malformation, surtout s'il existe un rétrécissement serré. L'opérateur pourra être amené à dilater manuellement l'orifice d'un diaphragme, mais cette manœuvre pouvant causer des incidents graves, il sera plus rationnel de sectionner prudemment l'obstacle avant de pratiquer l'intervention, ainsi que cela a été fait pour la femme de notre Observation VII.

Délivrance. — Dans les cas de malformation vaginale la délivrance ne présente presque jamais de particularités ; en effet, d'après tout ce que nous avons dit, il est rare que l'accouchement n'ait pas amené la rupture des cloison, diaphragme ou bride. Cette rupture a pu se faire spontanément ou a été très souvent pratiquée par l'accoucheur. Il n'y aura donc pas d'obstacle au passage du placenta dans le vagin. Il n'en serait pas de même dans le cas d'avortement ou d'accouchement prématuré car, étant donné alors le faible volume du fœtus, la malformation pourrait subsister et gêner l'extraction du placenta. L'accoucheur serait alors amené à introduire la main dans la cavité vaginale pour obtenir le dégagement du délivre. Mais il ne faut pas oublier que la coexistence fréquente d'une malformation uté-

rine peut être la véritable cause d'une rétention placentaire.

Suites de couches. — Les suites de couches devront être surveillées avec la plus grande attention dans les cas de malformations vaginales. Il n'est pas rare que leur rupture spontanée amène des lésions des parois du vagin qui pourront, ainsi que la surface de section de la malformation, s'infecter secondairement. Il se produira alors des élévations thermiques, puis tout rentrera rapidement dans l'ordre ou on aidera à la résolution au moyen d'injections vaginales antiseptiques (Obs. III et VI)

Sauvage signale un cas de cystite gangréneuse pendant les suites de couches, produit par la compression prolongée des parois de la vessie par des parties fœtales. Il y avait eu présentation du siège et arrêt pendant l'expulsion.

PRONOSTIC

Si nous nous basons sur les observations que nous avons recueillies à la Maternité de Nancy pour établir le pronostic de l'accouchement dans les cas de malformations vaginales d'origine congénitale, nous verrons qu'il est toujours favorable. Nous ferons cependant une réserve au sujet d'un fœtus macéré qui a été expulsé par une femme porteur d'un diaphragme incomplet. Il est bien entendu que la malformation n'a eu aucune action sur la vie du fœtus. La femme n'avait jamais senti remuer et lors de son entrée à la Maternité, on n'avait pas perçu les battements fœtaux.

En général, la durée du travail et de la période d'expulsion ne semblent pas avoir été sensiblement augmentées. Toutes les femmes ont accouché à terme, il n'y a pas eu d'accouchement prématuré.

Quoiqu'une malformation vaginale coexiste souvent avec une malformation utérine, cette dernière n'a jamais été signalée dans nos observations. La présentation du sommet a eu lieu dans tous les cas, le fœtus macéré seul s'est présenté par le siège.

Le nombre des interventions a été très réduit. Un diaphragme transversal (Obs. VII), dut être débridé à l'aide du bistouri et l'accouchement fut terminé par une application de forceps. Dans l'observation III, une bride vagino-vaginale fut sectionnée entre deux ligatures. Dans tous les autres cas, l'expulsion du fœtus se fit spontanément.

Les enfants sont venus au monde vivants. La mortalité maternelle et fœtale a été nulle. Quant à la morbidité, nous avons vu que quelques parturientes avaient présenté une légère élévation de température dans les jours qui ont suivi leur délivrance (Obs. III et VI), mais tout est rapidement rentré dans l'ordre et ces femmes sont sorties de la Maternité en bon état.

Pozzi prétend que, pendant la grossesse, la résorption d'une cloison vaginale est un fait assez fréquent ; il attribue cette modification aux profondes perturbations que subissent ces tissus anormaux sous l'influence des changements qu'amène l'état puerpéral. De là viendraient à la fois, le danger de la rupture utérine, la facilité de déchirure de la cloison vaginale ou l'extensibilité inespérée des brides congénitales. Nous avons vu rarement des faits de ce genre relatés dans la littérature obstétricale. Pendant l'accouchement, la période de dilatation est quelquefois plus longue que normalement, mais il arrive fréquemment, que les seuls efforts de la nature suffisent à triompher de l'obstacle qui gêne l'expulsion du fœtus.

L'étude rapide que nous venons de faire, nous permet donc de dire, qu'en général, le pronostic est favorable, mais non pas bénin, comme le prétendent cer-

tains auteurs, car nous avons vu que des accidents graves pouvaient se produire dans quelques cas de rupture spontanée de la malformation. Il sera toujours préférable que le médecin observe attentivement ce qui se passe, soit pour débrider à temps l'éperon ou le rétrécissement qui s'oppose au passage de la tête fœtale, soit pour parer à une hémorragie.

En tout cas, nous pensons qu'il est toujours prudent pour l'accoucheur, de réserver son pronostic.

TRAITEMENT

De tout ce qui vient d'être dit dans les chapitres précédents, la question du traitement des malformations vaginales chez la femme enceinte, près du terme, nous apparaît comme devant être assez simple.

Dans la majorité des cas, le praticien devra savoir se borner à l'expectation, car il n'est pas appelé à choisir entre la conservation ou la suppression de la cloison ou de la bride, mais entre sa déchirure spontanée ou son débridement. Les auteurs rapportent des cas où un rétrécissement serré, en apparence inextensible, a pu permettre à la tête fœtale de franchir l'obstacle sans grande difficulté. Cela est dû, d'après Pozzi, à ce que « les tissus pendant le travail se gonflent, s'amollissent, se distendent à un degré tout à fait inespéré, ce qui rend parfois inutile, une intervention qu'on aurait crue nécessaire ».

Mais si l'abstention est la règle, l'accoucheur devra prévoir, dans certains cas, l'utilité d'une intervention, afin de réduire au minimum les traumatismes, toujours possibles, qui peuvent se produire pendant la période d'expulsion.

Mais à quelle période doit-on intervenir, pendant la grossesse, ou pendant l'accouchement ?

1° Pendant la grossesse

Dans un certain nombre de cas, on a pu opérer chez des femmes enceintes, un débridement de la cavité vaginale sans amener l'expulsion prématurée du produit contenu dans la cavité utérine. Mais il n'en est pas toujours ainsi, car le traumatisme portant sur les voies vaginales peut être le point de départ d'un reflex qui déclanchera les contractions de l'utérus.

Barozzi et Fournier (1), dans un cas de vagin double avec une cloison complète, charnue, épaisse et très vascularisée, mais souple et extensible, ont pratiqué sa résection « à froid » vers la fin du 9e mois, alors que la femme était encore à quelques jours du terme. Ils voulaient ainsi éviter à la parturiente, les risques d'un double traumatisme : l'opération et l'accouchement. Ils pensaient obtenir une cicatrisation suffisante des surfaces de section pour le moment de l'expulsion et éviter ainsi une hémorragie grave qui aurait pu se produire par la rupture spontanée de la cloison. L'opération s'est faite facilement et sans incident, mais 54 heures après, la femme commençait à ressentir des inquiétudes, prodromes d'un début de travail. Le traumatisme dû à l'intervention, semble donc ici avoir provoqué l'expulsion du fœtus.

Mais, en général, comme les malformations vaginales donnent lieu à une gêne fonctionnelle peu marquée, qu'elles sont souvent ignorées de la femme enceinte et que le médecin les découvre par hasard, il est inutile

(1) Barozzi et Fournier. — Locution citée.

d'intervenir afin de ne pas exposer la malade à faire un avortement ou un accouchement prématuré. Dans les cas de rétrécissement peu serré, on est toujours en droit d'espérer que la modification des tissus sera suffisante pour permettre l'expulsion du produit fœtal ; en tout cas, si une intervention est jugée nécessaire c'est, de préférence, au moment de la période d'expulsion qu'elle devra avoir lieu. L'accoucheur devra donc savoir être conservateur.

2) Pendant l'accouchement

La dilatation du col utérin peut se faire difficilement dans le cas où l'extrémité supérieure de la cloison vient s'insérer sur les lèvres antérieure et postérieure du col. Nous avons vu qu'une partie de ses bords pouvait faire saillie en forme d'éperons, dans l'aire de l'orifice. Dans un cas de ce genre, Varnier dut intervenir pour permettre à la dilatation de se compléter.

Dès que la partie fœtale qui se présente vient buter contre l'obstacle, que ce soit un sommet ou un siège, avec l'attitude à califourchon et qu'il y a sollicitation énergique au tassement, il ne faut plus hésiter à recourir alors à la section de la malformation. Temporiser serait s'exposer à voir survenir les accidents graves que nous avons déjà signalés dans un chapitre précédent.

Dans les cas de diaphragmes transversaux, certains auteurs préconisent un traitement d'essai, qui consiste à dilater avec le doigt l'orifice de ce diaphragme. Mais cette dilatation est insuffisante pour laisser passer

l'enfant qui se charge de déchirer l'obstacle respecté par l'accoucheur. Donc, il nous semble plus rationnel, dans ce cas comme dans les précédents, de pratiquer une ou plusieurs incisions, comme l'a fait M. le professeur Fruhinsholz pour une des femmes de nos observations. (Obs. VII). En général, l'intervention est simple.

S'agit-il d'une cloison longitudinale ? Il suffit de repérer son extrémité supérieure avec l'extrémité de l'index recourbé en crochet, de placer deux pinces-clamps prenant la partie moyenne de la cloison dans toute sa hauteur, et de couper entre les deux à l'aide de ciseaux. Si le placement des deux pinces garantit contre tout risque d'hémorragie, ces deux instruments peuvent gêner l'expulsion du fœtus, parfois même ils peuvent devenir dangereux ; aussi pour éviter ces accidents est-il préférable de faire la section entre deux ligatures, chaque fois que cela est possible.

Dans le cas d'un diaphragme transversal, on peut opérer le débridement à l'aide d'une ou plusieurs incisions. En général, c'est à l'incision cruciale que l'on a recours, ou à une série d'incisions multiples qui seront pratiquées avec un bistouri boutonné.

S'il s'agit d'une simple bride, l'intervention sera d'autant plus facile que la bride sera située plus près de l'entrée du vagin. Il ne faut pas hésiter alors à en pratiquer la section entre deux ligatures, ce qui garantira contre tout risque d'hémorragie. En tout cas toutes ces sections devront toujours être faites dans l'intervalle de deux contractions.

Fait en temps utile, le débridement a outre l'avantage

de prévenir les complications qui peuvent résulter du fait de la malformation pendant la période d'expulsion celui de toujours limiter, dans la mesure du possible, le traumatisme d'importance variable, mais jamais négligeable, que subit tout enfant premier-né du fait des parties molles.

Dans les cas où il est difficile d'établir des ligatures avant de pratiquer la section de la malformation, il nous semble qu'il serait préférable de pratiquer les incisions à l'aide du thermocautère, de cette façon on obtiendrait une hémostase à peu près certaine.

Malgré tout, la principale complication immédiate à redouter dans ces interventions, est l'hémorragie qui sera plus ou moins abondante, suivant les cas; elle pourra constituer une indication à terminer rapidement l'accouchement, soit manuellement, soit par une application de forceps. Comme cela se trouve relaté dans notre observation VII.

Si la dystocie est en général facile à vaincre, il se trouve cependant des circonstances où le diaphragme ou la bride oppose une résistance anormale et quelquefois, malgré les débridements les plus complets, le canal vaginal ne recouvre pas une dilatabilité suffisante. C'est presque toujours le triste apanage des primipares âgées.

Dans ces cas, où manifestement l'accouchement ne pourra se terminer spontanément par la voie basse, temporiser serait exposer la femme aux accidents si redoutables de la rupture utérine.

L'accoucheur n'hésitera pas alors à recourir à l'opération césarienne, mais c'est la césarienne conserva-

trice qui est l'opération de choix ; la césarienne mutilatrice ne serait défendable que dans un cas semblable à celui rapporté par Couvelaire (1) où l'œuf était infecté et la primipare âgée (44 ans).

Quel est le sort réservé aux vestiges de ces malformations vaginales ? Dans la plupart des cas, après la délivrance, elles se sphacèlent secondairement et s'éliminent dans les lochies. Elles peuvent souvent s'infecter légèrement et déterminer chez l'accouchée une légère réaction fébrile.

Mais il est des cas où, pour prévenir une cicatrisation irrégulière et douloureuse, pour éviter des dangers d'infection ou même une reconstitution de la cloison par adhérence de ses lambeaux et redonner aux parois vaginales de la régularité et de la souplesse, une intervention plastique est nécessaire ; il nous semble préférable de se borner à réséquer les lambeaux au moyen du thermocautère. B. Müller (2) a essayé de suturer les volets restants aux parties vaginales voisines. C'est là une intervention de luxe qui nous semble peu recommandable dans la majorité des cas.

Dans tous les accouchements rapportés dans nos observations, à la sortie de la Maternité, les femmes ne présentaient plus que de rares vestiges de leur malformation ; les seules traces perceptibles consistaient en des arêtes peu saillantes sur les parois vaginales ou quelquefois (Obs. VII) en un repli falciforme.

---

(1) Couvelaire. — Locution citée.

(2) Benno-Müller. — *Deutsche médicinische Wochenschrift*, n° 32.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Obs. n° 134, 1901)

Bride vaginale antéro-postérieure

Marie E..., âgée de 22 ans, bonne, primipare, entre à la salle Saint-Sébastien le 5 mars 1901.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire à l'âge de 48 ans. Mère décédée à 58 ans d'une congestion pulmonaire. A 6 frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Ne sait pas à quel âge elle a marché, mais n'a jamais remarqué aucun trouble dans sa démarche.

A l'âge de 7 ans, elle aurait été atteinte d'une affection oculaire qui aurait duré deux ans.

Réglée à 17 ans, sa menstruation a toujours été régulière, mais abondante et d'une durée de 5 à 6 jours. Habituellement leucorrhée intermenstruelle.

Examen général. — On remarque des varices qui seraient apparues dans le courant du premier mois.

Etat actuel. — Dernières règles, vers la mi-juin (n'en connaît pas exactement la date).

Dans le courant du premier mois, vomissements qui auraient duré quinze jours.

A senti remuer pour la première fois le 8 novembre, donc aux environs du cinquième mois.

Actuellement la femme accuse de la diarrhée qui dure depuis 8 jours.

Les premières douleurs se manifestent le 18 mars à 19 heures. On constate alors une présentation du sommet en O. I. G. A. Les battements fœtaux, normaux, sont perçus à gauche.

En pratiquant le toucher, on constate dans le vagin la présence d'une bride antéro-postérieure. Le col est effacé presque totalement; il est petit et légèrement ouvert. Les membranes sont intactes et la tête est engagée. La dilatation du col progresse lentement et la tête ne change pas de situation.

A 3 heures 1/4, la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt spontanément et le sommet s'engage davantage. La bride vaginale se trouve alors en avant de la tête et le doigt en délimite facilement les contours.

La femme a des contractions énergiques, une légère hémorragie se produit, mais elle cesse presque immédiatement. Sous la pression exercée par la tête, la bride vaginale se rompt spontanément, sans qu'il se produise d'écoulement sanguin. La tête effectue sa rotation et la femme expulse facilement un garçon qui pèse 3.600 gr.

La délivrance normale se fait dix minutes après.

Le placenta pèse 600 gr. Le cordon a une longueur de 70 cm.

Durée du travail, 9 heures.

On a noté la présence d'un circulaire autour de la jambe droite.

A l'examen du vagin, on remarque que la bride s'est rompue à environ 1 centimètre de son insertion postérieure, et qu'elle vient flotter dans la cavité vaginale. La femme ne perd pas.

Les suites de couches sont normales et la femme quitte la Maternité en bon état.

OBSERVATION II (Obs. n° 789, 1908)

Diaphragme transversal, incomplet, semi-lunaire

Marie P..., âgée de 23 ans, domestique, entre à la salle Saint-Alphonse le 13 novembre 1908.

C'est une primipare qui ne présente rien de particulier au sujet de ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Ne sait pas à quel âge elle a marché, mais a toujours bien marché.

Réglée à 17 ans, sa menstruation a toujours été régulière, et d'une durée habituelle de 4 jours.

Examen général. — Rien de particulier.

Etat actuel. — Dernières règles du 10 au 14 mai.

Pendant les 3 premiers mois de sa grossesse, aurait eu des vomissements qui cessèrent en septembre. Elle n'a jamais senti remuer.

Depuis le 10 novembre, elle ressent de légères douleurs, qui sont allées en s'accentuant jusqu'au 13, date à laquelle elle vient à la Maternité. Elle entre à la salle de travail le même jour à 16 heures 30.

A l'auscultation on ne perçoit pas de battements fœtaux.

Le toucher révèle la présence d'un diaphragme semi-lunaire, inséré sur la paroi antérieure du vagin. Au-dessus de ce diaphragme on trouve un col dilaté comme 5 francs et on sent la poche des eaux. On constate une présentation du siège en S. I. G. A.

A 23 heures, la femme expulse un fœtus macéré pesant 200 gr. Le travail a duré 6 heures 30.

La délivrance est normale. Mais il y a une rétention de la caduque.

On fait une injection intra-utérine.

Les suites de couches sont normales et la femme quitte la Maternité en bon état.

OBSERVATION III (Obs. n° 52, 1909)

Bride vagino-vaginale

Clotilde K..., âgée de 19 ans, primipare, entre à la salle Saint-Sébastien le 22 janvier 1909.

Antécédents héréditaires. — Mère morte bacillaire en 1903.

Antécédents personnels. — Elle aurait commencé à marcher assez tard, vers 2 ans 1/2, croit-elle.

Réglée à 14 ans, sa menstruation a toujours été régulière et d'une durée habituelle de 3 à 4 jours.

Ecoulement leucorrhéique entre les périodes menstruelles.

Dernières règles du 30 avril au 4 mai 1908. Vomissements pendant les 4 premiers mois de la grossesse.

Le 16 janvier, à 11 heures du soir, alors qu'elle était couchée, la femme s'est sentie mouillée et a constaté qu'elle perdait abondamment du sang accompagné de caillots. Cet écoulement se tarit au bout d'une demi-heure et le reste de la nuit se passa sans incidents. Le lendemain elle ressentit quelques douleurs dans le bas-ventre et le 18 elle se présentait à la consultation de la Maternité où l'on constatait une tête amorcée en droite avec possibilité d'une insertion basse du placenta. On lui ordonne le repos et elle retourne chez elle.

Etat actuel. — Le 22 janvier, à 3 heures 1/2 du matin, la femme ressent les premières douleurs.

La poche des eaux se rompt à 4 heures et elle entre à la Maternité à 6 heures ; on constate une tête engagée en O. I. D. P., l'enfant est vivant et la dilatation comme 0 fr. 50.

A 8 heures 1/4, nouveau toucher ; la dilatation est comme 5 francs et on atteint la grande fontanelle en avant et à gauche. Le toucher vaginal présente quelques difficultés sans que l'on puisse en expliquer le motif.

Au moment où la tête commence à faire bomber le périnée, on constate à l'entrée du vagin la présence d'une bride, provenant sans doute d'un cloisonnement, et empêchant la progression de la tête. Cette bride s'étend dans le sens antéro-postérieur, prenant naissance au niveau de la colonne antérieure du vagin et venant se terminer à la commissure postérieure. Le doigt recourbé en crochet, peut la charger facilement et en l'étalant, on voit qu'elle a une largeur de 3 centimètres environ. La partie postérieure probablement déjà déchirée est moins épaisse que l'antérieure. C'est à ce niveau que l'on pratique une section entre deux ligatures. Au moment des contrac-

tions utérines, la femme pousse et une petite artériole située à la partie supérieure donne une légère hémorragie que l'on arrête facilement par la compression.

A 10 heures 1/2, a lieu normalement l'expulsion d'une fille pesant 2.450 gr.

Un quart d'heure après, à la suite de quelques contractions, le placenta s'expulse par sa face fœtale.

A l'intérieur de la poche formée par les membranes, se trouve un caillot volumineux ; une partie des membranes retenue à l'intérieur, empêche la délivrance de se terminer normalement. Mais après quelques minutes elles se déchirent et l'examen du délivre montre que la rupture s'est faite au niveau d'un cotylédon placentaire. Pendant ce temps, la femme continue à perdre assez abondamment. Comme on suppose qu'il existe dans la cavité utérine une portion du placenta et des membranes, et que la femme continue à perdre, on introduit la main pour vider l'utérus.

La femme a alors une syncope ; on lui fait une injection d'éther, et la main ramène un petit débris de placenta ; on termine par une injection intra-utérine, et une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum artificiel.

Le placenta pèse 400 gr.

Le cordon a une longueur de 50 centimètres.

Durée du travail : 7 heures.

Dans les jours suivants le pouls s'accélère. Le 5e jour après l'accouchement, la température s'étant élevée à 38°, on a fait une injection intra-utérine, puis la température redevient normale dans la suite et la femme quitte la Maternité en bon état.

OBSERVATION IV (Obs. n° 245, 1909)

Vagin double

Henriette D..., âgée de 22 ans, cuisinière, primipare, entre à la Salle St-Alphonse le 2 avril 1909.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Ne sait pas à quel âge elle a marché, mais a toujours bien marché,

Réglée à 17 ans. Sa menstruation est irrégulière et dure 3 jours environ à chaque époque.

Etat actuel. — Dernières règles du 3 juillet 1908. Le 2 avril elle se présente à la consultation de la Maternité. Au toucher on constate un vagin cloisonné. Il y a deux cavités, l'une antérieure droite, l'autre postérieure gauche. La cloison n'est pas médiane, mais elle est complète ; elle vient s'insérer par son extrémité supérieure sur la lèvre postérieure du col. Ce dernier correspond donc avec la cavité vaginale droite antérieure par laquelle a eu lieu la fécondation. La cavité postérieure est borgne, et ne semble pas servir à la copulation.

Les premières douleurs apparaissent le 6 avril à midi. La tête est engagée en O. I. G. A.

La rupture des membranes se fait à 2 heures 1/4, alors que la dilatation est complète.

A 3 h. 1/4. la femme expulse un garçon du poids de 3.000 gr.

Pendant l'expulsion, on constate que le cordon était en écharpe sur l'épaule postérieure.

La délivrance est normale, le placenta pèse 450 gr. Le cordon a une longueur de 45 centimètres.

La durée du travail est très courte, 3 heures 1/4.

En revisant la cavité vaginale, on constate que la cloison s'est rompue pendant l'expulsion.

Les suites de couches sont normales et la femme quitte la Maternité en bon état.

OBSERVATION V (Obs. nº 843, 1909)

Diaphragme transversal complet

Gabrielle S..., âgée de 19 ans, ouvrière en parapluies, primipare, entre à la Salle St-Sébastien le 2 décembre 1909.

Antécédents héréditaires. - Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Ne sait pas à quel âge elle a marché.

Réglée à 11 ans, l'a toujours été régulièrement depuis, pendant une période de 4 jours chaque mois ; la menstruation était peu abondante et très douloureuse. Leucorrhée dans l'intervalle des époques.

Dernières règles du 15 au 19 février. Elle n'a jamais été souffrante au cours de sa grossesse et a continué à travailler jusqu'à la veille de son accouchement.

Etat actuel. — Elle entre à la Maternité le 2 décembre à 8 heures du matin, les douleurs ayant débuté dans la nuit, à une heure. Par le palper on constate une présentation du sommet engagée en gauche antérieure. On pratique le toucher vaginal. Le doigt introduit dans le vagin est arrêté par un diaphragme formant un dôme vaginal ; il n'y a pas de culs-de-sac et on ne reconnaît pas d'orifice bien net. Cependant en explorant en arrière, le doigt rencontre un point plus faible et après quelques légères pressions il perçoit une déchirure qui intéresse une membrane très mince. Au-delà de l'obstacle, il trouve un col effacé et dilaté comme 2 frs. Le doigt ramène des glaires sanguinolentes accumulées derrière la membrane. Il semble exister des adhérences très fines, entre ce diaphragme et le segment inférieur ainsi qu'entre le segment inférieur et le pôle inférieur de l'œuf.

Une demi-heure après, la dilatation est comme une paume de main, et à 10 h. 1/4, elle est complète.

La poche des eaux se rompt spontanément ; la femme entre dans la période d'expulsion.

Le périnée est court, légèrement œdémateux, et cède avant l'apparition de la grande fontanelle.

La femme expulse une fille pesant 3.300 gr.

10 minutes après, délivrance normale. Le placenta pèse 450 gr. Longueur du cordon, 55 centimètres.

Durée du travail : 10 heures.

On fait trois points de suture périnéaux (au crin de Florence) prenant toute l'épaisseur des tissus. Un quatrième point réunit les lèvres de l'éclatement vulvaire latéral.

Les suites de couches sont normales, et la femme quitte la Maternité en bon état.

OBSERVATION VI (Obs. nº 149, 1911)

Bride vaginale latérale

Marie F..., âgée de 21 ans, imprimeuse en broderies, primipare, entre à la Salle St-Sébastien le 22 février 1911.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Ne sait pas à quel âge elle a marché et n'a jamais été malade.

Réglée à 12 ans, l'a toujours été régulièrement. Sa menstruation est indolore, abondante, et à chaque époque, a une durée de 8 jours environ.

Les dernières règles datent du début de juin 1910.

Elle n'a présenté aucun phénomène sympathique pendant tout le cours de sa grossesse.

Etat actuel. — Les premières douleurs apparaissent le 21 février à 9 heures du soir, elle entre à la Maternité le 22 à 9 heures du matin. On la transporte à la Salle de travail à 14 heures et l'on constate par le palper un sommet qui s'engage en O.I.D.P. L'enfant est vivant. Le col est effacé et dilaté comme 5 fr., les membranes sont intactes, mais le toucher révèle la présence d'une bride vaginale formant diaphragme dans la partie antérieure et latérale droite du vagin, et se confondant en arrière avec la paroi vaginale postérieure.

A 20 h. 30 la dilatation est complète et on provoque la rupture artificielle de la poche des eaux. La tête vient s'appuyer sur la bride vaginale ; une petite hémorragie se produit et à l'examen on constate l'existence d'une petite fissure sur la paroi postérieure.

A 22 h. 10, la femme expulse une fille pesant 3.700 gr.

La délivrance se fait normalement. Le placenta pèse 550 gr.

Le cordon a une longueur de 55 centimètres.

Le travail a duré 26 heures.

Dans les trois jours qui suivent l'accouchement la femme fait une petite poussée de température, due probablement aux lésions vaginales. Puis la résolution se fait d'elle-même, et la femme quitte la Maternité en bon état.

OBSERVATION VII (Obs. nº 475, 1914)

Diaphragme transversal complet.

Mme B..., âgée de 19 ans, primipare, entre en observation à la Maternité le 23 mai 1914.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — A fait ses premiers pas à 17 mois et depuis a toujours bien marché.

Réglée à 15 ans 1/2 l'a été tous les quinze jours jusqu'à l'âge de 18 ans. Sa menstruation était abondante et d'une durée normale de 6 à 7 jours. A chacune de ses époques, les règles sont douloureuses ; le premier jour la femme est obligée de s'aliter ; les jours suivants les douleurs s'atténuent puis disparaissent et la femme peut vaquer à ses occupations. Il ne semble pas y avoir jamais eu de rétention du sang menstruel dans la cavité vaginale.

Mariée à l'âge de 18 ans, il existe dès la première nuit de noces une dysgénésie très accusée.

Mariée le 10 juillet 1913, ses dernières règles se terminent le 5 septembre de la même année.

10 janvier 1914. — La femme se présente à la consultation de la Maternité le 10 janvier 1914. On pratique le toucher vaginal et on constate que le doigt ne peut pénétrer que de quelques centimètres dans le vagin. L'examen au spéculum montre l'existence de l'hymen et un peu au-dessus d'un diaphragme transversal avec une zone sur laquelle existent des mucosités.

Un stylet permet de se rendre compte qu'il y a communication par un pertuis existant au niveau de ces mucosités, entre la cavité vaginale et l'extérieur. L'insertion de cette cloison transversale se fait au niveau du tiers inférieur de la cavité vaginale.

23 mai — Le 23 mai, la femme revient à la consultation ; la grossesse est à ce moment de 8 mois 1/2. Pour éviter une dystocie pendant la période d'expulsion, M. le professeur Herrgott distend le diaphragme à l'aide de l'index droit, une petite quantité de sang s'écoule, mais il arrive sur le col et se rend compte

de l'existence d'une présentation du sommet qui s'engage. La femme étant près du terme on lui conseille d'entrer à la Maternité, et elle accepte.

11 juin. — La femme ressent les premières contractions le 11 juin, à 7 heures du matin. A 15 heures elle est transportée à la salle de travail. On constate une présentation du sommet orienté en gauche et reposant sur le détroit supérieur. Le col est dilaté comme 1 franc. Les contractions utérines sont régulières.

A 21 heures 30, la dilatation est presque complète et on remarque qu'en se dilatant, le col a une tendance à entraîner en haut le diaphragme vaginal. On ne constate pas l'existence de culs-de-sac développés et le col semble se continuer directement avec la paroi vaginale ce qui explique les tiraillements exercés sur le diaphragme.

Pour éviter des déchirures, M. le Professeur Fruhinsholz incise à droite la membrane. Il se produit un écoulement de sang assez abondant. Pour éviter que cette hémorragie ne se prolonge, et pour éviter des délabrements, M. Fruhinsholz fait une application de forceps sur la tête orientée en gauche transverse. La prise est bipariétale mais légèrement oblique. La rotation de l'occiput en avant se fait facilement. Le dégagement de la nuque sous la symphyse est pénible, en raison du chevauchement marqué de la symphyse et de la vulve.

Néanmoins, l'extraction se fait sans incident à 22 h. 30.

C'est un garçon qui pèse 3.350 grammes.

La délivrance se fait ensuite normalement. Le placenta pèse 550 grammes. Le cordon a 45 centimètres. Le travail a duré 15 heures ; on est obligé de faire un point de suture sur le périnée.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, l'écoulement lochial est abondant et un peu purulent.

Avant le départ de la femme, on la touche, et on ne trouve plus de traces du diaphragme préexistant. L'examen au spéculum permet de constater qu'il n'existe plus de diaphragme, mais sur la paroi vaginale, surtout au niveau de l'incision, on voit

une zone cicatricielle mal délimitée et peu apparente. Il semble que la cloison se soit sphacélée secondairement et éliminée avec les lochies.

OBSERVATION VIII (Obs. n° 104, 1919)

Diaphragme transversal complet (?)

Marie M..., âgée de 23 ans, cultivatrice, primipare, entre en observation à la Maternité, le 6 mars 1919.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — A été nourrie au sein. Ne sait pas à quel âge elle a fait ses premiers pas Elle n'a jamais joui d'une bonne santé.

Les premières règles seraient apparues à l'âge de 14 ans. Ses périodes reparaissaient à intervalles irréguliers, quelquefois toutes les six semaines. L'écoulement sanguin était de peu d'importance et durait pendant 3 jours environ. Les règles étaient précédées de douleurs dans le bas-ventre, qui disparaissaient dès l'apparition de l'écoulement. Chaque année, à la période des foins, la femme accuse une période d'aménorrhée de 2 à 3 mois.

Les dernières règles datent du 14 au 17 août 1918. Date probable de l'accouchement : 22 mai 1919.

La femme accuse des rapports sexuels extrêmement douloureux le 25 et le 31 août 1918.

Des vomissements se produisent pendant les deux premiers mois de la grossesse. La sage-femme, consultée au cours de la gestation, constate l'existence d'une cloison dans le vagin et envoie la femme en observation à la Maternité.

Etat actuel. — 6 mars 1919. — L'utérus déborde légèrement l'ombilic. HU = 20-21 centimètres. Les battements fœtaux sont perçus dans la région sous-ombilicale.

On procède à l'examen des voies génitales. Au toucher, l'index ne peut pénétrer dans le vagin que sur une longueur de 4 centimètres environ. Il est arrêté par un diaphragme transversal. Le doigt perçoit une dépression en forme de croissant siégeant

un peu en arrière du centre de l'excavation. L'examen au spéculum révèle l'existence d'un pertuis situé vers le centre de la membrane et par lequel on arrive à faire pénétrer une sonde de tout petit calibre.

15 mai. — La femme se représente à la consultation le 15 mai. Il n'y a pas de modifications, mais par le toucher on sent, derrière le diaphragme vaginal, l'existence d'un plan résistant (col ou segment inférieur). La femme étant au voisinage du terme, elle entre à la Maternité.

19 mai. — Les premières contractions apparaissent le 19 mai, à 23 heures, et la femme entre à la salle de travail le 20 mai, à 1 heure. On constate l'expulsion d'un bouchon glaireux. Par le toucher, on se rend compte que le diaphragme vaginal s'est considérablement assoupli et on note un léger relief, en forme de fer à cheval, dont la concavité regarde en haut.

Les contractions utérines sont très énergiques et s'accompagnent de vomissements.

A 2 h. 20, la femme éprouve le besoin de pousser.

A 2 h. 40, rupture de la poche des eaux. A la suite de l'écoulement du liquide amniotique, apparaît un petit filet de sang. A ce moment, le diaphragme est dilaté comme 2 francs, surtout dans sa moitié antérieure. Les battements fœtaux sont normaux et perçus à gauche.

A 3 heures le diaphragme a disparu et s'est confondu avec les parois vaginales. La tête est en O. P. et apparaît à l'orifice vulvaire pendant les contractions.

A 3 heures 15, la femme expulse un garçon pesant 3,700 grammes.

Le placenta pèse 600 grammes.

Le cordon est gros et a une longueur de 63 centimètres.

La durée du travail est de 4 h. 15.

Le toucher montre que le cloisonnement vaginal a totalement disparu et il semble que les parois vaginales sont indemnes de toute déchirure. Les culs-de-sac vaginaux sont nettement perçus, le gauche étant plus profond que le droit. La lèvre antérieure du col est plus épaisse que sa lèvre postérieure.

Le périnée s'est déchiré superficiellement, on fait 3 points de suture.

26 mai. — Au toucher, on sent un orifice cervical refermé, cicatriciel. L'utérus et pâteux. Le doigt arrive directement sur le corps utérin et on peut faire pénétrer l'index plus profondément qu'avant l'accouchement. Pour arriver à toucher le col, le doigt pénètre dans le vagin jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne.

27 mai. — On touche de nouveau; on trouve à gauche, un repli falciforme constitué par une bride cicatricielle saillante. On constate, à droite, une déchirure assez profonde intéressant la paroi vaginale et causée probablement par la désinsertion de la membrane.

Le col est haut situé et paraît très court, à droite surtout; à gauche, on sent nettement le cul-de-sac vaginal. Le vagin est maintenant largement dilaté et deux doigts y évoluent à l'aise.

La femme sort le 31 mai, en bon état.

CONCLUSIONS

Les brides et les cloisonnements vaginaux sont des malformations assez rares, qui offrent une variété morphologique considérable. Elles ont toutes un point commun, c'est leur origine embryologique.

C'est, en effet, au développement embryologique des organes génitaux qu'il faut s'adresser pour expliquer leur formation résultant, ou de la duplicité primitive du canal génital ou de la coalescence imparfaite des canaux de Müller, ou de leur jonction séparée avec le canal vestibulaire de Legay.

Les malformations vaginales peuvent affecter différentes formes. Il y a : 1° des cloisons longitudinales qui divisent le vagin en deux cavités et qui coïncident souvent avec une malformation utérine ; 2° des diaphragmes transversaux qui séparent le vagin en deux chambres, l'une antérieure, l'autre postérieure ; 3° des brides qui affectent une disposition variable et qui peuvent être situées sur toute la hauteur du vagin ; elles ne sont souvent qu'une variété incomplète des deux premières formes.

L'étiologie de ces malformations est encore assez mal connue. Pour les uns, leur existence serait due à une cause mécanique empêchant le rapprochement et

l'union des canaux de Müller. Pour les autres, l'atavisme entrerait en jeu et reproduirait chez la femme par anomalie réversive des types d'une autre espèce de l'échelle animale.

Quant à la symptomatologie, elle est assez discrète dans la plupart des cas, puisque beaucoup de femmes ignorent la présence de ces anomalies qui ne leur sont révélées que lors d'un examen obstétrical. Cependant, dans le cas d'un vagin borgne latéral, on peut observer la formation d'un hématocolpos ou d'un pyocolpos et dans le cas de diaphragme transversal complet la rétention du sang menstruel peut amener des accidents graves qui conduisent de bonne heure la malade chez le chirurgien.

Si, d'une façon générale, la malformation vaginale aggrave peu le pronostic de l'accouchement qui, le plus souvent se terminera spontanément par la voie basse, l'accoucheur devra rester dans une sage réserve en raison des incidents ou des complications qui peuvent survenir toujours pendant la période d'expulsion. Il ne devra pas oublier que, dans un cas de cloison longitudinale incomplète ou simplement de bride transversale, la présentation du siège est défavorable.

Le point essentiel du traitement est : pas d'intervention pendant la grossesse. L'abstention sera le principe. Au moment du travail, l'accoucheur sera appelé à choisir non entre la conservation ou la suppression de la cloison, mais entre sa déchirure spontanée où son débridement et il faut bien savoir que la rupture spontanée donne des résultats inférieurs à ceux de la section. Nous conclurons donc que, pendant le tra-

vail, l'obstacle doit toujours être sectionné entre deux ligatures et dans l'intervalle de deux contractions. S'il se produisait une hémorragie, il faudrait se hâter de terminer l'accouchement. Enfin, dans des cas exceptionnels où l'expulsion ne peut se faire par suite de l'impossibilité à créer une voie suffisante et où une rupture utérine est à craindre, il ne faudra pas hésiter à recourir à l'opération césarienne conservatrice qui devra toujours être l'opération de choix.

En résumé, en vue d'assurer chez ces femmes l'aptitude à la procréation, dans la mesure la plus étendue, l'accoucheur devra mettre toute son ambition à faire l'accouchement par les voies naturelles. Il ne faudra recourir à la césarienne que lorsqu'il sera bien démontré que même sous l'influence du travail il est impossible de créer une voie suffisante pour assurer le passage du fœtus. C'est la césarienne conservatrice qui sera alors l'intervention de choix ; la césarienne mutilatrice ne serait défendable que si l'infection de l'œuf était probable ou certaine.

Vu :
Nancy, le 14 Juillet 1919.
Le Président de Thèse,
HERRGOTT.

Vu :
Nancy, le 15 Juillet 1919.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 16 Juillet 1919.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM.
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. De 1893 à 1919.

Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — *La Pratique de l'Art des Accouchements.* Tome II. 3e Edition. Paris, 1914.

J.-L. Faure et Siredey. — *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.* Paris, 1911.

G. Gross — Hématométrie et hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital. Th. Nancy, 1900.

La Gynécologie.

F. Jayle. — *La Gynécologie.* Tome I. Paris, 1918.

Labadie-Legrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie. 4e Edition. Paris, 1914.

Lachapelle (Mme). — *Pratique des Accouchements.* Paris, 1825.

Le Cointe. — Contribution à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux d'origine congénitale. Th. Paris, 1908.

Magendie-Husté. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin, au point de vue obstétrical Th. Paris, 1894.

Manolescu. — Influence des malformations utéro-vaginales, d'origine congénitale, sur la vie génésique de la femme. Th. Paris, 1898.

Œuvres d'Hippocrate. Traduites par E. Littré. Tome VIII. Paris, 1853.

Petit-Lardier. — Contribution à l'étude des malformations congénitales du vagin. Th. Paris, 1907

Pozzi et Jayle. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire.* Tome II. 4e Edition. Paris, 1907.

Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie.

Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — *Précis d'Obstétrique.* 8e Edition. Paris, 1914.

Tarnier et Budin. — *Traité de l'Art des Accouchements.* Tome I, 1882, Tome II, 1886, Tome III, 1898, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 5
Historique 8
Définition 14
Embryologie des organes génitaux 16
Etiologie — Pathogénie 20
    Etiologie 20
    Pathogénie 23
Description anatomique — Morphologie 27
    1° Cloisons longitudinales 27
    2° Diaphragmes transversaux 33
    3° Brides vaginales 36
Symptomatologie — Diagnostic 38
    Symptomatologie 38
    Diagnostic 47
Fréquence des malformations vaginales et étude de la dystocie 51
    Fréquence 51
    Dystocie 51
Pronostic 60
Traitement 63
    1° Pendant la grossesse 64
    2° Pendant l'accouchement 65
Observations 69
Conclusions 82
Bibliographie 85

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY.